

Année 1955

N° _____

T H E S E
pour le Doctorat en Médecine
(Diplôme d'Etat)

682

—O—

p a r

DEPONGE André

Né le 11 Septembre 1924 à AUXERRE (Yonne)

DIX-SEPT CAS DE FORMATIONS TUMORALES MALIGNES
DE LA PAROI THORACIQUE - LES TUMEURS MALIGNES
PRIMITIVES DE LA PAROI THORACIQUE.

Président de Thèse
Professeur H. MONDOR

Editions A.G.E.M.P.

Nom du Candidat : DEPONGE

Prénom : André

Date de soutenance :

N°

1

DEPONGE André -
Dix-sept cas de formations
tumorales malignes de la
paroi thoracique-Les tu-
meurs malignes primitives
de la paroi thoracique -
PARIS Dact. in 4° 98 p.
Thèse Med. (Et.) 1955
N°
Ed. A.G.E.M.P.

2

DEPONGE André -
Dix-sept cas de formations
tumorales malignes de la
paroi thoracique-Les tu-
meurs malignes primitives
de la paroi thoracique -
PARIS Dact. in 4° 98 p.
Thèse Med. (ET.) 1955
N°
Ed. A.G.E.M.P.

3

DEPONGE André -
Dix-sept cas de formations
tumorales malignes de la
paroi thoracique-Les tu-
meurs malignes primitives
de la paroi thoracique -
PARIS Dact. in 4° 98 p.
Thèse Med. (Et.) 1955
N°
Ed. A.G.E.M.P.

4

DEPONGE André -
Dix-sept cas de formations
tumorales malignes de la
paroi thoracique-Les tu-
meurs malignes primitives
de la paroi thoracique -
PARIS Dact. in 4° 98 p.
Thèse Med. (Et.) 1955
N°
Ed. A.G.E.M.P.

Année 1955

N° _____

T H È S E
pour le Doctorat en Médecine
(Diplôme d'Etat)

—O—

p a r

DEPONGE André

Né le 11 Septembre 1924 à AUXERRE (Yonne)

DIX-SEPT CAS DE FORMATIONS TUMORALES MALIGNES
DE LA PAROI THORACIQUE - LES TUMEURS MALIGNES
PRIMITIVES DE LA PAROI THORACIQUE.

Président de Thèse
Professeur H. LONDOR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153726_0004

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GOUCEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER (E.), OMEREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN..... Léon BINET.
(membre de l'Institut)
ASSESEUR..... Jean VERNE.

I -- PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	CORDIER (G.)
Anatomie Pathologique.....	DEJARUE (A.)
Bactériologie.....	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports.....	CHALET-BERT (P.)
Biologie Médicale.....	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale.....	HUGUENIN (R.)
Carcinologie.....	OBERLING (C.)
Chimie médicale.....	N...
	(Hôtel-Dieu..... BECCQ (P.)
Cliniques	{ Broussais..... DE GAUDART-D'ALLAINES (P.)
Chirurgicales	{ Salpêtrière..... MONDOR (H.)
	{ Cochin..... QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique ...	MERLE D'AUBIGNE(R)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E)
Clinique de Chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M)
Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
Clinique de Puériculture	LELONG (M)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO(P)
	{ Hôtel-Dieu
Cliniques	{ Bichat
médicales	{ Cochin
	{ Broussais
Clinique médicale d'Hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANCON(L)
Clinique médicale propédeutique.....	PASTEUR VALMERY-RADOT (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (L)

	{ Tarnier	LANTUEJOUL (P)
	{ Baudelocque	LEVY-SOLAL (E)
Cliniques	{ Port-Royal	LACOMME (M)
obstétricales		VELTER (E)
Clinique ophtalmologique		AUBIN (A)
Clinique oto-rhino-laryngologique		
Clinique physio-pathologique des problèmes		
alimentaires (chaire à titre personnel)		RICHET (C)
Clinique psychiatrique infantile		HEUYER (C)
Clinique rhumatologique et sociale		COSTE (F)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale		SENEQUE (J)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A)
Clinique urologique		FEY (B)
Embryologie		GIROUD (A)
Génétique		LAMY (M)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie		MOUQUIN (M)
Histologie		CHAMPY (C)
Hygiène et Clinique de première enfance		CATHALA (J)
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (C)
Médecine du Travail		DESOILLE (H)
Médecine Légale		PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie et histoire naturelle médicale		GAILLARD (H)
Pathologie chirurgicale		MENEGAUX (G)
Pathologie exotique		LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée		LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologique expérimentale		
(Chaire à titre personnel)		MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale		BARIETY (M)
Pathologie et thérapeutique générales		GARCIN (J)
Pédiatrie sociale		MARIE (J)
Pharmacologie et matière médicale		HAZARD (R)
Physico-Chimie médicale (Chaire à titre personnel) ..		DOGNON (A)
Physiologie		BINET (L)
Physique médicale		STROHL (A)
Radiologie médicale		DESGREZ (E)
Technique chirurgicale		MOULONGUET (P)
Thérapeutique		TURPIN (R)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie	(DEBEYRE (J)
	(DELMAS (A) Pr.s.ch.
Anatomie Pathologique	(N...
	(GAUTHIER-VILLARS
	(Mlle P. Pr.s.ch.
	(BUSSE (F)
	(GOUYGOU (C)
Bactériologie	(FASQUELLE (R)
	(NEVOT (A)
Biologie Médicale	BOURLIERE (F)
Chimie Médicale	(ETTORI (J) Pr.s.ch.
	(JAYLE (M.F.) Pr.s.ch.
	(SCHAPIRA (G)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (F)

Histologie	(BULLIARD (H) Pr. s. ch. (COUJARD (E) (H ...
Hydrologie	DUBRAY (C)
Hygiène	(BOYER (J) (DEPARIS (H)
Médecine Légale et du Travail	(DEROBERT (L) (GAULTIER (M) (HADENGUE (A)
Neuro-Chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	SEZE (S. de)
Obstétrique	(CRASSET (J) (LEPAGE (F) (MAYER (M) (MERCEUR (R) (MORIN (P) (RAVINA (J) (VARANGOT (J)
Ophtalmologie	(OFFRET (G) (DESVIGNES (P)
Orthopédie	JUDET (R)
Oto-Rhino-Laryngologie	(HALPHEN (E) Pr. s. ch. (AUBRY (M) (MADURO (R)
Parasitologie	(BRUMPT (L) (CHABAUD (A)
Pathologie chirurgicale	(ABOULKER (F) (BAUMANN (J) (COSSET (J) (HUGUET (J) (LAURENCE (G) (LEGER (L) (LORTAT-JACOB (J) (OLIVIER (Cl) (PAROVANI (P) (PCILLEUX (M) (ROUX (M) (RUDLER (J.C.) (VERNE (J.M.)
Pathologie expérimentale	N...
Pathologie médicale	BERNARD J. (BOUDIN (G) (CASTAIGNE (P) (COMTE (M) (DECOURT (J) (DOMART (A) (DREYFUS (Gilbert) (FAUVERT (R) (HAMBURGER (J) (KOURILSKY (R) (LAMIOTTE (M) (LAROCHÉ (C) (MILLIEZ (P) (PEQUIGNOT (H) (PERRAULT (M) (RAMBERT (P) (THIEFFRY (St) (TURIAT (J)

Pédiatrie	(JOSEPH (R) (LAPLANE (R) (N... (LEVY (Mlle J.) Pr.s.ch. (CHEYMOL (J.H.) Pr.s.ch. (BARGETON (D) Pr.s.ch. (PARROT (J.L.) (DJOURNO (A) Pr.s.ch. (COUGEROT (L) KREIS (B) BARUK (H) MICHAUX (L) (CERNEA (P) (CHAPUT (Mme A) PERRAULT (chargé de l'enseignement) KUSS (R)
Pharmacologie	
Physiologie	
Physique Médicale	
Pncumo-Phtisiologie	
Psychiatrie	
Psychiatrie infantile	
Stomatologie	
Thérapeutique	
Urologie	

III - PROFESSEURS HONORAIRES
ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
pour le Service des Examens.

MM. BRINDEAU (A) (Obstétrique), GATELLIER (J) (Clinique Chirurgicale),
LE LORIER V(Obstétrique), VAUDESCAL (R) (Obstétrique).

IV - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

Clinique Chirurgicale	MM. AMELINE (A) PATEL (J) SICARD (A) BROUET (G) CACHERA (R) HAGUENEAU (M) Pr.s.ch. MARCHAL (G) SOULIE (E) ECALLE (G) RENARD (G) COUVELAIRE (R)
Clinique Médicale	
Clinique Obstétricale	
Clinique Ophtalmologique	
Clinique Urologique	

Secrétaire Général de la Faculté	MM. MOREL (J)
Secrétaire	Mlle CHAINTEUIL (G)

Conservateur, chargé de la direction	Docteur HAHN (A)
Conservateur	Mlle GOICHON
Bibliothécaires	Milles DUMAITRE (P), LE NOIR (G), METIN (F), QUIEVREUX (E).

Par délibération en date du 9 Déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions
émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.

A mes parents,

A mes amis, dont la confiance jamais démentie
m'a été infiniment précieuse.

A ceux qui m'ont enseigné,
maîtres et professeurs.

Au Professeur H. MONDOR ,

qui a bien voulu accepter
la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici le témoignage
de notre très respectueuse gratitude.

Au Docteur Henri LE BRIGAND,

je lui dois plus que le sujet
et les éléments de ce travail.

17 CAS DE FORMATIONS TUMORALES MALIGNES DE LA

PAROI THORACIQUE.

LES TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES DE LA PAROI

THORACIQUE.

" La santé est l'état dans lequel les fonctions nécessaires s'accomplissent insensiblement ou avec plaisir".

" La vie volé de corps en corps,
traquée par leur faible durée....."

Mauvaises Pensées et autres

Valéry.

À l'occasion de 17 observations de formations tumorales malignes de la paroi thoracique que nous allons rapporter, nous voudrions présenter une courte étude d'ensemble du cadre nosologique :

Tumeurs malignes primitives de la paroi thoracique.

Nous désirons en montrer la place et les limites dans le chapitre plus général des tumeurs pariétales.

Nous adopterons le plan suivant :

- Historique des publications.
- Le cadre anatomique et histo-pathologique des tumeurs malignes primitives de la paroi thoracique.
- Rapport de nos observations , auquel nous désirons donner cette place parce que les particularités de certaines d'entre elles illustreront certains éléments et certaines difficultés des chapitres symptomatologie et diagnostic.
- Les étapes du diagnostic positif :
 - 1- les circonstances de découverte d'une tumeur pariétale,
 - 2- la conduite de l'examen clinique et des investigations complémentaires.
 - 3- Les différents chapitres du diagnostic différentiel.
- Revue générale des cas observés, et particulière en fonction d'une part des différents types histologiques, d'autre part de leur localisation.
- La conduite thérapeutique.
- Conclusions.

HISTORIQUE

Les tumeurs de la paroi thoracique n'ont qu'assez rarement été prises comme objet d'une étude d'ensemble. Fait facilement explicable : cette pathologie tumorale pariétale se résumant en deux chapitres d'importance inégale .

Le premier, les tumeurs osseuses et cartilagineuses groupe un nombre relativement important des cas et permet donc, à côté des publications de cas isolés et grâce à elles, un regroupement facile, une systématisation, et la présentation d'études cliniques et statistiques solides.

Le second, les tumeurs des tissus mous, même en y intégrant , comme certains l'ont fait les tumeurs cutanées, rassemble des cas beaucoup plus rares et disparates, et se résume en général à l'énoncé de remarques rapides à l'occasion de la publication de cas isolés.

Une des premières publications et en tout cas la première étude magistrale est le mémoire de QUENU et LONGUET qui, au début du siècle rassemble de 1878 à 1898 et publie 43 cas de "tumeurs du squelette thoracique".

Ces deux grands cliniciens présentent déjà un ensemble coordonné et critique des données et des problèmes cliniques et thérapeutiques.

En 1897, PAGET envisagé dans un ouvrage les problèmes de chirurgie de la paroi thoracique et rassemble 33 cas de tumeurs primitives des côtes et du sternum.

En 1908, Clément MATRY dans sa thèse, reprend et complète le travail de QUENU en relevant 33 cas de 1898 à 1908, il le précise aussi en limitant son étude aux "tumeurs malignes primitives du squelette thoracique".

Soulignons-le au passage, il posé clairement le problème de la respiration à pression contrôlée et signale l'emploi à défaut de matériel d'inhalation, d'un masque anesthésique intrabuccal étanche relié à un appareil pneumatique permettant le contrôle de la pression intrapulmonaire.

Suit alors une période au cours de laquelle les rares publications s'éloignent des études d'ensemble et se contentent de rapporter des cas isolés en soulignant une prouesse et une chance chirurgicale et en essayant parfois de préciser les données anatomo-pathologiques.

En 1921, puis à nouveau en 1933 HEDBLÖM reprend l'ensemble de la question des tumeurs de la paroi thoracique osseuse en rassemblant d'abord 213 puis 313 cas.

Ainsi se trouve réalisée la première grande synthèse sur cette question malheureusement le matériel en est très disparate et l'auteur ne s'attache pas assez à souligner les insuffisances des divers éléments des observations et en particulier ceux des comptes-rendus anatomo-pathologiques tant macro que microscopiques.

En 1930, ZINNINGER dans un article intitulé "Tumors of the Wall of Thorax" présente un des premiers essais de classification des tumeurs pariétales dans leur ensemble.

Classification à laquelle les auteurs se référeront souvent ultérieurement quoiqu'elle soit assez particulière car fondée à la fois sur les données anatomiques d'ailleurs insuffisamment précisées par l'auteur et sur les données cliniques.

ZINNINGER distingue trois groupes :

- les tumeurs développées dans les structures profondes de la paroi thoracique et partiellement intrathoraciques.
- les tumeurs développées dans les structures plus superficielles de la paroi thoracique, mais que l'examen clinique prouvera apparemment fixées aux structures profondes.
- les tumeurs développées à l'intérieur du thorax et passant à travers la paroi thoracique.

En 1931, GESCHIKTER sur une série de 488 tumeurs fibro-cartilagineuses relève 19 cas d'atteinte costale ou sternale.

En 1941, ROBERT M. JANES publie une courte étude des "Tumeurs de la cage thoracique" où il présente une classification en deux groupes :

os et cartilage d'une part,
tissus mous d'autre part, malheureusement
ce second chapitre se résume en une simple énumération
des tumeurs cutanées qu'il est possible de rencontrer.

En 1942, SOMMER and MAJOR rassemblent 81 cas de "neoplasmes de la paroi thoracique osseuse" dont 66 tirés des publications de 1933 à 1942 et 15 personnels.

En 1944, H.A. RAYNAUD dans sa thèse sur "Les problèmes techniques posés par l'exérèse large des tumeurs du squelette thoracique" rapporte quelques observations personnelles sans toutefois insister sur les éléments descriptifs.

En 1948, DORNER et MARCY passent en revue les cas de "tumeurs primitives des côtes" publiés de 1942 à 1947.

En 1950 BIADES et PAUL présentent une étude des "Tumeurs de la paroi thoracique" dont le mérite est de présenter une répartition anatomo-pathologique de 20 cas de tumeurs malignes primitives.

En 1951, O'NEAL et ACKERMANN font une solide étude des "Tumeurs cartilagineuses des côtes et du sternum". Ils relèvent 60 cas de tumeurs malignes et ils font une mise au point très attentive des critères de malignité des tumeurs cartilagineuses.

En 1953, HOCHBERG relève 205 cas de "tumeurs primitives des côtes", publiés jusqu'en 1951. Cette publication ne rassemble pas, il le souligne, la totalité des cas mais seulement ceux présentant un ensemble de précisions suffisant pour leur donner quelque valeur.

Il adopte une classification purement histopathologique dont il souligne à la fois la valeur et le trop fréquent laconisme dans les publications.

En 1953 aussi, DELEPINE dans sa thèse :
"Les tumeurs primitives costales malignes" rapporte
8 cas observés dans un service de radium-thérapie.
Leur intérêt vient surtout de leur thérapeutique, la
plupart ayant été traitée uniquement par radiothérapie,
en contrepartie malheureusement trois seulement ont
eu un diagnostic histologique vérifié.

A cette rapide revue, nous voyons donc qu'une
étude envisageant l'ensemble de la pathologie tumorale
maligne de la paroi thoracique n'a pratiquement jamais
été faite de façon attentive.

LE CADRE ANATOMIQUE ET HISTO-PATHOLOGIQUE
DES TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES DE LA
PAROI THORACIQUE

I./ Le cadre anatomique :

Il est d'une grande importance de bien marquer les limites de ce que l'on doit entendre par paroi thoracique.

Les anatomistes considèrent au thorax trois parois :

Inférieure, diaphragmatique
Antéro-latérale ou sterno-costale
postérieure ou rachidienne.

Si nous les envisageons successivement sous l'aspect de leurs dispositions pathologiques, il est facile de reconnaître à chacune une orientation caractéristique .:

la paroi rachidienne est dominée par son rôle de canal médullaire.

la paroi diaphragmatique par son rôle de cloison interthoraco-abdominale , d'abord abdominal facile qui l'oriente nettement vers les chapitres de pathologie splanchnique.

la paroi sterno-costale enfin avec sa configuration métamérique , représente bien un élément autonome que souligne son rôle de cage pulmonaire et cardiaque dont toute tentative d'abord pénétrant posera le problème délicat de l'ouverture pleurale avec ses risques inhérents.

Nous rappellerons les divers éléments qui composent la paroi sterno-costale :

1- squelettiques :

côtes et cartilages costaux,
sternum.

2- articulaires :

avec les articulations :

- costo vertébrales, :

: costo-vertébrales proprement dites,
: et costo-transversaires.

- costochondrales,

- interchondrales,

- chondro-sternales,

- sternales, supérieure et inférieure,

- auxquelles nous croyons qu'il faut joindre l'articulation sterno-costo-claviculaire .

3- Les parties molles que nous grouperons en fonction de leurs rapports avec les éléments squelettiques :

a) la partie sus squelettique (c'est-à-dire peau, tissu cellulaire cellulo-adipeux aponévrosé et muscles avec les pectoraux le grand dentelé, le grand oblique, le grand dorsal etc....) que nous ne retiendrons pas dans notre étude, en discutant toutefois les éléments musculaires encore que nous croyons qu'ils doivent être rattachés aux muscles de l'épaule.

b) la partie intercostale, comprenant :

: les éléments squelettiques,
: les espaces intercostaux avec les
trois plans musculaires
et les deux plans cellulés intermusculaires où l'on trouve :

le nerf intercostal

dont nous soulignons l'importance de la portion de son trajet au niveau de la gouttière latéro-vertébrale, sous le fascia endothoracique, siège fréquent de neurinomes.

Avec aussi à ce niveau les anastomoses sympathiques par les rami-communicantes gris et blanc.

Enfin la chaîne sympathique thoracique ganglions et cordons intermédiaires. Avec en avant et en dedans de la chaîne droite la grande azygos.

- c) La partie sous squelettique, avec le fascia endothoracique et la plèvre. Nous excluons cette dernière du cadre de notre étude, mais nous verrons les problèmes anatomiques et embryologiques qu'elle soulève.

Elle a pris place à ces titres, comme chapitre particulier de pathologie chirurgicale. Mais, si sa pathologie tumorale intéresse les éléments pariétaux, plus souvent encore ceux-ci l'intéressent-ils au cours de leurs processus prolifératifs.

Enfin, il faut rattacher aussi au cadre de notre étude le muscle triangulaire du sternum ainsi que les veines et artères mammaires internes au long de leur trajet latéro-sternal.

En conclusion de ce rappel anatomique, nous pensons que, peut-être un peu artificiellement, mais avec des raisons cliniques et chirurgicales suffisantes il est possible de faire une place particulière à la pathologie tumorale de la paroi thoracique définie comme cadre ostéo-musculaire sterno-costal d'où sont exclus aussi bien le rachis que les divers éléments du groupe scapulaire et le diaphragme.

Cet a priori n'est pas arbitraire si l'on veut essayer d'approcher d'une étude numérique sinon statistique sérieuse des tumeurs de la paroi thoracique. On pourrait ainsi éviter de rencontrer dans les publications, groupées sous la dénomination de tumeurs de la paroi thoracique des tumeurs intéressant les plans musculaires scapulaires postérieurs et dans les mêmes publications sous le vocable "tumeurs du dos", aussi bien des tumeurs pariéto-thoraciques vraies que des formations développées au niveau des ailes iliaques.

II./ Le cadre histo-pathologique des T.M.1°. de la P.T.

A quels types tumoraux histologiques pourront donner naissance les formations pariétales que nous venons de rappeler ?

A/ Tumeurs osseuses et cartilagineuses :

- chondrosarcome : dans lequel on ne retrouve pas de processus d'ossification.
- sarcome ostéogénique : groupe dans lequel à côté des rares sarcomes ostéoblastiques on rencontre plus souvent les ostéo-sarcomes à structure polymorphe où peuvent voisiner ou prédominer, aussi bien les régions fibro-sarcomateuses que myxo-sarcomateuses que cartilagineuses et qu'osseuses avec les diverses variétés de cellules et de substances fondamentales qui les caractérisent.

Des difficultés de classification sont prévisibles , auxquelles n'ont pas échappé les auteurs, faute d'une règle générale.

Nous donnerons un exemple des divergences en ce domaine :

l'épithète et le caractère myxosarcome a été tantôt retenu comme un caractère contingent et alors adjoint aux autres qualificatifs chondro-ostéo ou fibro-; tantôt par contre retenu comme l'élément de premier plan et la pièce étiquetée sans autre renseignement, myxosarcome.

De même certains ont pu refuser de classer parmi les chondrosarcomes des tumeurs cartilagineuses développées au niveau de régions où n'existe pas de cartilage donc, à ce qu'on a appelé les enchondromes.

Heureusement les observations récentes s'efforcent à l'objectivité et donnent un compte rendu détaillé des examens histologiques , ce qui pourra donner ultérieurement la possibilité d'utiliser ces observations en fonction de tout critère nouveau ou règle de classification nouvelle.

B/ Tumeurs du tissu conjonctif :

fibrosarcome - xanthosarcome
myxosarcome - liposarcome

C/ Tumeurs des tissus vasculaires :

angiosarcomes

D/ Tumeurs des tissus myéloïdes et réticulaires :

myélo et réticulo sarcomes

E/ Tumeurs des tissus lymphoïdes et médullaires :

lymphosarcomes et myélomes

F/ Tumeurs des tissus musculaires :

rhabdomyo sarcomes et éventuellement léiomyosarcome
si l'on veut admettre la possibilité tumorale
de la minime quantité de tissu musculaire annexé
aux vaisseaux pariétaux.

G/ Système nerveux périphériques :

neurinomes et sympathomes
ganglio neuroblastome.

La répartition numérique entre ces multiples
types est très inégale et nous verrons la part principale
prise par les :

chondrosarcomes
sarcomes ostéogéniques
et réticulosarcomes.

Enfin, il faut souligner la découverte non
exceptionnelle, particulièrement fréquente au niveau de
la région du dôme pleural, de tumeurs épithéliales diffé-
renciées ou non dont l'origine tissulaire est extrêmement
difficile à établir

- non en connexion avec la peau et ses annexes,
- nettement distincte du parenchyme pulmonaire
- on a pu essayer de rattacher leur origine à une
5ème poche branchiale, hypothétique chez l'homme.
- force est d'évoquer quelque reliquat embryonnaire ou
d'avouer notre ignorance actuellement en insis-
tant cependant sur l'intérêt que pourrait avoir
une micro-dissection minutieuse de la totalité
d'une tumeur encore peu développée et enlevée en
bloc.

Par ailleurs se pose la question de l'origine
des tumeurs de nature épithéliale, rencontrées fréquemment,

et sans rapport manifeste :

avec le revêtement cutané et ses annexes,
avec la plèvre,

ou avec le parenchyme pulmonaire sous jacent.

Il serait facile d'en faire des tumeurs métastatiques.
Cela est vrai pour certaines d'entre elles. Pour
d'autres, les recherches cliniques les plus minutieuses ne
détectent aucune autre localisation que pariétale qui puisse
être à leur origine.

Force est donc de les classer comme tumeurs primi-
tives sans pouvoir cependant en avoir l'absolue certitude,
puisqu'il est impossible d'assurer leur filiation à partir
d'un élément anatomique défini.

On peut d'ailleurs remarquer la ressemblance avec les
tumeurs du dôme thoracique qui, elles aussi, sont épithéliales
et d'origine tissulaire indéterminée.

On voit ainsi qu'il est inutile d'insister sur
l'absolue nécessité pour toute observation d'apporter une
étude macro et microscopique de la pièce aussi minutieuse
et détaillée que possible, précisant les connexions des
divers tissus normaux et tumoraux, le sens et le degré de
l'envahissement, les éléments du diagnostic histo-pathologique
avec la discussion des divers arguments sur lesquels il se
fonde.

OBSERVATIONS

Nom Sexe	Age	Siège de la Tumeur.	1 ^{er} et 2 nd Signe	Interventions		Radio T.	Histologie	Evolution	VS	Auteur
				Date	Type	Volume Rapports de la tumeur.				
Sab... ♂	28 1	6 ^e côte 1/3 Ant. 2/3 Post.	Douleur 0°	2/48	Réssection de 4 côtes	(orange) poumon. non envahi.	ostéo- sarcome	Décès Sept. 48	7 24 48 60 98 24	
Fav... ♀	46 2	Sommet hemi-thorax D.	douleur	5/49	Réssection lobes sup. et moy. et paroi 4us - facente.	(orange) adhérence au L. S. sans envahiss ^t .	Myosarcome probable.	Plac. décès 50		
Corb... ♂	23 3	Base hemi-thorax D.	douleur pleurésie	7/49	Réssection de 9 côtes - 7. 8. 9. - - franges péri-ribales - bandeau diaph. - 3 transversaires - bord inf. L.I.	(melon) adhérence L.I. non envahi.	Sarcome	Métaboloses vertébrales Décès 11/49	7 1/2 25 38 2	
Dal... ♀	11 4	grande gouttière 1/4 dia. Fre post. 9/10	douleur radio → tumeur	12/53	Réssection Post de 8. 9. 10. 11.	poumon libre envahiss ^t des trous de un- jugation. (petit melon)	ostéo- sarcome.	Tlors 54 sa bien. (douloureux !!)	7 9 66	
Leur... ♂		Partie moyenne hemi-thorax D.	gâchisme tumeur découverte dix. ayt.	11/54	Réssection partielle en bloc des 4. 6. 5. 14 et 3 ^e côtes.	melon adhérence au poumon avec un point d'envahiss ^t .	réticulo- sarcome.	Fet. 55 état satisfaisant.	32 68 134 1 2 84	
Lep... ♂	57 4	Partie moyenne hemi-thorax Côtes 7. 8. 9. 10	douleur tumeur	1/51	Biopsie		Epi. baso cell. pavimentaux atypique.	Décès sept. 1951		
Lebr... ♂	49 8	Clavicule sternale droite	tumeur douleur	4/52	Réssection de : - 1/3 int. clavicule - sternum - 1 ^{re} et 2 ^{de} côtes - 1 ^{re} et 2 ^{de} bagues costales	Par adhérence postérieure. Par de 39. 4/ clavicul. ni ex. tumeurs Plan non envahi	Epi. épider- moïdes typique	Décès 10 mois après l'intervent.		

Nom Sexe	Âge	Siège de la tumeur	1 ^{er} et 2 ^e Signes	Intervention		Radio T.	Histologie	Evolution	V.S.	Auteur
				Date	Type					
Saint- ♀ 9	67	Sommet hémithorax G. 2.3.4: cote.	Douleur Radio → Tumeur	10/53	Réssection de 2.3.4: cotes	Adhérence L.S. enveloppes de la corticale du segment P.D.	Epi-épiderma indifférencié lobulée	Décès juin 53	29 57 111	
Sal- ♀ 10	48	Partie sup. hémithorax D.	Douleur Tumeur	10/53	Réssection de 1.2.3.4-5 cotes.	Poumon atlectasié ms. libre	(?) Néovax++ Ménovore d'1 Tum. cortico- surinodulaire??	Décès	84 121 143	
Buz- ♂ 11	57	Part. moyenne hémithorax G.	Douleur Ex. syst. Tumeur	9/53	Pneumectomie + Résection 3.4-5	Adhérence costo pulm. étendues.	Epi-épiderma cubrique à petites cellules	Récidive locale Décès sept 52	108 122 129	
Ford- ♀ 12	51	Sommet hémithorax D.	Douleur et supports Cl. B. H	14/52	Réssection de la dorsum.	(8+5 cm) Pas d'adhérence pulm.	Neurinome avec présence de cellules		43 103 112	
		Pléurostose ap. Plein G		4/53	Réssection 3 et 4: cotes.	Adhérence pulm.	Malignité ++	Décès 9/53		
Mare- ♀ 13	45	1/3 clavicul. apex G.	Excr. syst Tumeur to + L.E.G	2/53	Réssection de: - 2.3.4: cotes - L.S. et L.M.	Adhérence pulm. par une coque scléreuse.	Reticulo- sarcome	Décès sept. 54	12 31 75	
Lav- ♂ 13	72	Sommet hémithorax G.	Hémoptysie Radio → tumeur	6/53	- Lobectomie - Résection 1-2.3.4.	enveloppes de l'orifice cervical médiastinal.	Név pulm.	Puffes paristola Décès 11-54	90 111 122	

Nom Sexe	Age	Siège de la tumeur	An. de l'op.	Intervention		Radio T.	Histologie	Evolution	V. S.	Notes
				Type	(volume) et rapport de la tumeur					
Yerg... ♂	60	Tumeur de la lingula G.	Hemiphtisie Radio → Tumeur	Lobectomie sup. Résection 3.4.5.6	Enclavée périale franc	0	Épi mal- pigmenté spino-cal- culaire	Pseudine périale. lyse de l'os EG-1 3/55	40 42 83	
Tgo... ♂	49	Pariète pulmonaire base Th.	Douleur Base P. Épave de destruction costale	Résection: ① 7.8.9 + tumeur périale ② Pneumec- tomie	Tumeur périale non allant au L.I.	0	Tumeur épi- théliale p. d. d. ori- gine p. costale d. ique.	Décès 9/54	15.2.54 39 1/2 89 1 108 2 111 3	
Dom... ♂	33	Rétro- mammaire D.	Douleur D. opéré	Biopsie		+	Tumeur maligne conjonctive lympho-vas- culaire ou Hodgkin.	Mars 55 rien portait guérison??	4.5.53 26 64	
Este... ♀	20	Pariète-thorax latéro-ver- tebrale H. à l'arc costal posté- rieur	Douleur Paralysie	Laminec- tomie excise incomplète	enclavée- ment dur- mural extra-dural	+	Symphysis- dentaire		1 11 2 31 24 104	

OBSERVATION I .

Maurice Sale.....

(homme 28 ans)

- Avril-Juin 47 :

quelques vagues douleurs sous mamelonnaire G,
s'étendant vers l'épaule.

- 21.7.47 :

Douleurs thoraciques antérieures G. avec clocher
thermique à 39°5.

10 j. de repos amènent une cédation partielle sous
l'influence d'un traitement banal.

- 21.8.47 :

Réapparition du même tableau avec : douleur, poussée
thermique.

Le médecin traitant note une image de la grosseur d'un
oeuf de poule au niveau du 6ème arc costal.

Le malade consulte dans un grand service hospitalier
parisien où on ne le prend pas au sérieux.

- sept. 47 :

Un médecin en ville demande :

V S	1/2	1	2	3	24h
	7,5	24	48	60	98

Vernes-résorcine : 72

Hémogramme normal(8.600 G.B.).

Un cliché radio qui montre : à l'union 1/3 ant.
et 2/3 post. du 6ème arc costal, accolé à son
bord sup. (nettement extérieure à la silhouette
cardiaque), une masse arrondie de la grosseur
d'une petite noix.

Une nouvelle consultation hospitalière fait porter un
diagnostic d'abcès froid costal.

Pas d'intervention.

Injectons de quinine uréthane, réduisent les phénomènes
douloureux.

- Octobre-novembre 1947 :

La masse augmente et une palpation attentive la repère à travers les tissus mous pariétaux.

- Décembre 47 :

A la radio, décalcification des 8 cm. antérieurs de la 6^{ème} côte; l'image tumorale d'aspect pseudokystique est grosse comme une mandarine, visible surtout sur les coupes à 12 cm. et 14 cm. Une toux légère apparaît sans expectoration.

Le diagnostic est toujours très hésitant.

- Malade adressé au Dr. MAURER en Janvier 48 :

La masse a la grosseur d'une orange. Elle est maintenant : de face - contigüe à l'ombre cardiaque - limite assez floue - aspect dense - évoquant beaucoup moins un kyste.

Les phénomènes douloureux persistent avec tous les 8-10 j. une exacerbation accompagnée d'une poussée fébrile à 39°.

Un cliché de profil montre que la masse a un siège surtout antérieur.

Depuis juillet le malade qui pesait 91 kg. a perdu 20 kg.

A l'examen : tuméfaction allongée suivant l'axe d'une côte, fixée au plan profond; de consistance dure :

- recouverte d'une peau mobile,
- une ponction ramène du sang,
- le myélogramme est normal.

Une intervention est décidée.

- Compte rendu opératoire (Dr. H. Le BRIGAND) 7.2.48.

Incision parallèle aux côtes.
Résection en bloc de la tumeur, de la couverture musculaire et de quatre côtes (4.5.6.7.)
La résection est limitée :

- : en avant au bord du sternum,
- : en arrière à l'angle post. des côtes.

Le poumon n'est pas envahi et la cavité pleurale libre;
En fin d'intervention, résection de l'arc moyen de la côte sous jacente (8) .

Pincement du phrénique.
Suture du poulmon au Diaphragme et à la périphérie
de la brèche.
Fermeture cutanée en deux plans.

- Suites opératoires favorables :

sortie au 11ème jour.

- Avril 48 :

Depuis 10 jours : poussée thermique
: douleurs cervico-brachiales
et lombaires
: Anorexie et mauvais E.G.

- Sept. 48 :

Décès.

- Examen de la pièce :

Macro. : Volumineuse tumeur faisant corps avec la
paroi thoracique.
Deux côtes au moins se perdent dans la
tumeur sans solution de continuité.
Les autres côtes traversant la tumeur
restent indépendantes.
Aspect macroscopique de tumeur osseuse
costale.

Micro. : Sarcôme ostéoblastique typique -(Dr. P. RENAULT)

- Observation intéressante sur plusieurs points :

= précession des phénomènes douloureux,
= coexistence de signes généraux évoluant par poussée
et marqués par une succession de clochers ther-
miques
= altération précoce de l'E.G. avec amaigrissement
massif.
= rapidité de l'évolution
= difficulté et hésitation du diagnostic.

OBSERVATION II .

Fav..., Olga 46 ans.

- 1949 :

la malade a présenté un syndrome de Pancoast et Tobias qui l'a amenée à consulter.

- Intervention le 24.5.49 (Dr. H. Le BRIGAND) .

Exérèse en bloc des lobes sup. et moyen droit et de la paroi sus-jacente.

- Coupe vertico-frontale :

Très volumineuse tumeur pariétale du sommet de l'hémi thorax droit.

La tumeur bombe largement ds la cavité thoracique. Elle adhère au poumon (L.S.) mais semble-t-il sans l'envahir. Consistance blanchâtre. Noyaux ; zones nécrotiques. Les côtes incluses ne sont pas détruites.

- Histologie : Dr. RENAULT :

Sarcôme typique dont l'origine musculaire est probable. Quelques éléments cellulaires géants multinucléés doivent être interprétés comme des atypies ou monstruosité cellulaires tumorales et non comme des cellules géantes tuberculeuses.

- conclusion : Myosarcome pariétal.

- Cette observation , quoique manquant de précision dans ses données cliniques est intéressante car il s'agit d'une forme tumorale d'une grande rareté (myosarcome) ayant présenté, par sa localisation apexienne, la symptomatologie d'un syndrome de Pancoast et Tobias.

OBSERVATION III .

Corb.....

- Homme 23 ans.

- Antécédents : ictère à l'âge de 2 ans
: aurait eu plusieurs crises de R.A.A.
: aucun antécédent pulmonaire.

- Mars 49 :

Attention du malade attirée par des douleurs à la base de l'hémithorax droit. On porte un diagnostic de pleurite.

- Avril :

Réveil nocturne par une sensation d'étouffement.
Les douleurs persistent.
Découverte d'un épanchement abondant. Une ponction retire un litre de liquide sanglant.
On soupçonne un processus tumoral que confirme une intervention exploratrice qui est limitée à un prélèvement biopsique.
On porte le diagnostic d'ostéosarcome et on conseille en désespoir de cause un traitement radiothérapique.
Le malade vient à Paris pour un complément d'enquête.

- Début Juillet à l'examen :

: E.G. satisfaisant : pas d'amaigrissement
pas d'asthénie.
: aucun symptôme pulmonaire.
: pleurésie importante : 350 cc. séro-hématiques retirés.
Leucocytose 13.800
Poly N. 42%
Grands lymphos. 40
petits " 14
monocytes 4

: V.S. le 22.7.49 : 1/2h. = 7 , 1 h. = 25 , 2h. = 38 .

: Examen cytologique du liquide pleural le 23.7.49 :
Nombreuses hématies .
Nombreux polynucléaires altérés .
Absence de cellules anormales.
Formule : Polynucléaires N 4% Monocytes 71 %
E 25%

: Une tuméfaction est apparue au-dessus de l'incision de biopsie.

La comparaison des clichés radiologiques montre une notable augmentation de volume de la tumeur depuis quatre mois.

: On décide de tenter une exérèse en bloc.

- compte rendu opératoire 30.7.49 (Dr. H. Le BRIGAND) :

. Incision parallèle aux côtes et passant par l'incision de biopsie.

. tuméfaction volumineuse (une balle de tennis), fluctuante, située sur le plan musculaire.

. Ouverture du plan musculaire au-dessus et au-dessous de la masse .

Une fois arrivé sur le plan costal , on constate que la tumeur est beaucoup plus importante, bosselée, de la taille d'un melon et plus ou moins adhérente au diaphragme et au lobe inférieur du poulmon. Cependant l'exérèse semble facile et encore très réglable.

. on pratique successivement :

: évacuation de la pleurésie hémorragique
: résection de la côte sus jacente (6ème)
aux 2 côtes déjà enlevées en avant.
: résection de la côte la plus basse (9ème).
: résection des arcs postérieurs des 2 premières côtes sectionnées, avec suture progressive des espaces

. dès lors, la tumeur ne tient plus que par ses adhérences au lobe inférieur ;
On clive, et on résèque simplement une petite marge du bord de la base du L.I. qu'on ferme par un surjet.

. Désarticulation des cols des 3 côtes inclusos dans la masse. Celle du milieu est verroulée.
Une fois désarticulées on résèque 3 transverses et on résèque le P.V.N. jusqu'au ras des trous de conjugaison et du rachis.

. On complète l'exérèse des limites de la tumeur :

a) en écartant l'emplacement du col de la côte verroulée

b) en réséquant 2 franges péricardiques pleines de petits noyaux

c) en réséquant un petit lambeau de diaphragme avec une adhérence.

En définitive l'ablation semble aussi satisfaisante que possible, entraînant les côtes 6.7.8.9.

Fermeture : suture du plan musculaire profond à la 1ère côte restante et à la M.S.L.

- Suites post-opératoires : très satisfaisantes .

Excellente réexpansion du L.I.
Sortie au 10ème jour.

- Compte-rendu : Dr. RENAULT : 1-8-49

" Tumeur pariéto-thoracique de la taille d'une pomme environ absorbant entièrement un espace intercostal et une côte, érodant la côte sus-jacente, débordant très largement dans l'intérieur de la cavité thoracique en une masse blanchâtre encéphaloïde ; vers l'extérieur la tumeur déborde à peine la paroi, mais dans le muscle qui recouvre l'espace intercostal, on trouve quelques petits grains blanchâtres (grains d'ensemencement).

Histologiquement, il s'agit d'un sarcome conjonctif très riche en monstruosités cellulaires et en mitoses ; son origine périostée paraît probable.

La périphérie de la tumeur est presque partout nette ; les grains vus macroscopiquement sont bien des grains tumoraux. "

- Décès en novembre 49, avec métastase vertébrale et ictère.

Remarque : Nous avons ici un aspect simple et caractéristique d'un sarcome primitif de la paroi thoracique. Avec l'erreur habituelle de diagnostic initial du syndrome douloureux. Fait particulier à noter :

- l'importance de l'épanchement liquidien
- le caractère nettement envahissant du processus tumoral
- l'importance des caractères histologiques de malignité que souligne bien la rapidité de l'évolution clinique.
- et en conséquence l'impuissance de l'acte opératoire tardif qui s'était cependant efforcé à être le plus radical possible.

OBSERVATION IV .

Christiane Do.. 11 ans.

- Sept. 53 :

A la suite d'un choc thoracique, l'enfant a ressenti une vive douleur en arrière de la ligne axillaire .
Petit clocher thermique à 38°-38°5.

La douleur persiste et fait soulever l'hypothèse d'une fracture de côte. Une radio montre une opacité de la partie inférieure du champ pulmonaire droit.

- Nov. 53 : nouveaux clichés montrant :

: de face : une opacité arrondie assez peu dense non homogène, occupant l'espace compris entre :

. en haut le bord inférieur de l'arc postérieur de la 8ème côte

. en bas le 10ème espace qu'elle recouvre.

Limite sup. ext., arc convexe net.

Limite inf. floue.

Limite interne se perd dans l'ombre cardiaque.

: de profil : l'opacité comble l'espace retrocardiaque, son pôle inférieur n'atteint cependant pas la coupole diaphragmatique.

Les tomos montrent une image maxima à 7 cm.

- Antécédents :

Depuis l'âge de 8 ans, douleurs postérieures à droite juste en arrière de la ligne axillaire avec dyspnée d'effort

- A l'examen :

Submatité de la base droite avec abolition du M.V.
Point douloureux exquis dans le neuvième espace en arrière de la ligne axillaire.

légère tachycardie à 120

Pas de ganglions.

Système nerveux normal

Réglée en avril 53

Bon état général . Pas de toux. Pas d'expectoration.

V.S. 1 h. 4 - 2h. 9 - 3 h. 66 -

- 1 Dec. 53 :

à la radio, même image tumorale. On note de plus une ostéolyse totale de la partie interne de la 10ème côte et un début d'atteinte de la 8 et de la 9ème côte.

- Intervention le 4 Déc. 53 :

Incision sur le 9ème espace. Le plan Costo-intercostal ne présente aucune anomalie. Incision du 9ème espace. La plèvre est libre; On découvre une tumeur de la grosseur d'un petit melon devant l'arc postérieur des 9, 10 et 11ème côtes.

La tumeur est largement implantée par sa face postérieure dans la grande gouttière. La libération progressive de la zone d'implantation présente quelques difficultés à cause d'une importante hémorragie lors de la libération du 10ème paquet vasculo-nerveux. On doit alors extirper rapidement la masse en sectionnant les cols de côtes restants. On constate alors que :

la tumeur a été enlevée, qu'il a fallu enlever les arcs postérieurs des 8, 9, 10 et 11ème côte ainsi qu'une partie de la masse sacro-lombaire qui les recouvrait. En arrière, l'exérèse s'est faite pratiquement au ras du tissu tumoral qui semble se prolonger sans limites nettes vers les trous de conjugaison. On enlève quelques traces de tissu charnu collées au diaphragme et qui évoquent l'idée de greffes néoplasiques.

Réexpansion satisfaisante. Drainage antérieur et postérieur. Fermeture de la paroi en avant par rapprochement 9 et 11, en arrière par dédoublement de la masse sacro-lombaire.

- Suites opératoires satisfaisantes.

Sortie au 15ème jour.

- Anatomie-pathologique : ostéosarcome costal.

- Radio-thérapie post-opératoire jusqu'en Mars 1954.

Etat tout à fait satisfaisant.

Aucune manifestation pouvant faire penser à une récurrence.

Remarque : Observation intéressante par la longue latence clinique. Seulement à demi-muette puisque entre 8 et 11 ans a existé un syndrome douloureux léger.

OBSERVATION V .

J.P. Lem.... garçon , 11 ans (Indre)

- Août 1954 entre dans le service du Dr. RAVINA pour un ostéosarcome costal droit.

L'histoire de la maladie est déjà longue et paraît remonter à l'âge de quatre ans :

= de 4 à 6-7 ans, l'enfant a présenté un syndrome bâtarde avec

- . fièvre ondulante qui fut attribuée à une fièvre de Malte
- . anémie et asthénie.

= A l'âge de 8 ans, en 1950, une radioscopie systématique révèle au niveau de la partie ext. de l'hémithorax droit, vers lequel rien n'avait attiré l'attention, une masse sombre, homogène, située en regard de la région axillaire, empiétant sur le champ pulmonaire.

Au niveau de la paroi, l'examen ne trouve pas d'extériorisation pariétale de cette tumeur, il révèle cependant quelques sensations de gêne douloureuse.

La température est encore retrouvée à cette époque régulière, petit clocher à 38° le soir.

L'enfant présente des rhinobronchites descendantes à répétition avec légère dyspnée, que l'on attribue à des végétations adénoïdes et à une hypertrophie amygdalienne (opérée à deux reprises).

A la découverte de cette masse, on ne retient pas une étiologie tumorale mais on évoque un hématome traumatique, l'interrogatoire retrouvant le souvenir d'un coup de pied reçu quelques mois auparavant.

- Peu à peu au cours des années 51 et 52, une douleur persistante va apparaître limitant l'élévation du bras, en même temps que se développe une tuméfaction au niveau de la paroi inféro-interne du creux axillaire, tuméfaction assez dure non fluctuante pour laquelle on élimine le

diagnostic d'abcès costal.

- Au début de l'année 53, un examen radiographique face et profil fait porter les conclusions suivantes :

"Aspect de pleurésie axillaire enkystée avec réaction parenchymateuse périfocale de la base droite".

- Quelques mois plus tard, l'étiologie tumorale est soupçonnée devant la persistance de la douleur et l'augmentation de volume tant clinique que radiologique. De plus l'aspect radiologique réticulé et spongieux avec destruction costale est évocateur.

Une biopsie pratiquée en Juin 1954 fait porter le diagnostic de "sarcome costal très hémorragique".

Un examen squelettique complet ne montre rien d'anormal.

On hésite devant la décision d'une intervention, on pratique 15 séances de radiothérapie sans résultat.

L'évolution en quelques mois se précipite :

- : douleurs presque incessantes,
- : état fébrile persistant,
- : apparition d'une dyspnée rapidement intense
- : développement de la masse.

(les clichés septembre 53-septembre 54 rendent compte de l'extension rapide).

- Le 26-8-54 l'enfant entre à Baujon service du Dr. RAVINA pour un traitement à l'actinomycine.

La température oscille autour de 38°

La douleur spontanée est importante

La masse bossèle la région axillaire, est dure, non fluctuante, recouverte d'une peau tendue rouge cyanique d'assez fâcheux aspect.

L'E.G. est satisfaisant.

La formule sanguine sensiblement normale

Un cliché de face centré sur la région pathologique est très démonstratif:

5ème et 6ème côtes effondrées par la tumeur,
il ne reste de la 5ème qu'un morceau de
l'arc postérieur.

L'ensemble de la masse a un aspect bigarré maculé
manifestement non homogène.

Un traitement par actinomycine est immédiatement entrepris avec 100, 200 puis 400 Y par jour.

Amélioration clinique, diminution de la douleur, de la dyspnée, de la fièvre, récession presque complète de l'aspect inflammatoire local.

Par contre pas de modification appréciable du volume de la tumeur.

- Bronchoscopie sous A.B. 2-11-54.

biopsie = amas de cellules bronchiques plus ou moins altérées; pas de s.histo. de tumeur maligne.

à droite : arbre bronchique normal.

à gauche : l'arbre bronchique est morphologiquement normal. L'optique à 90° montre une bifurcation de la L.S.

Par contre la muqueuse de la face sup. de la bronche présente une sorte de prolifération gris jaunâtre dont on prélève un fragment.

Attouchements à la prizine

Lors de la reprise des mouvements respiratoires spontanés, on observe une importante dépression inspiratoire paradoxale du territoire Lob. sup. g.

- Intervention le 9-11-54 :

Compte-rendu opératoire : Dr. H. Le BRIGAND.

Pariéctomie :

Grande incision de thoracotomie. Les plans musculaires ne sont pas envahis. La palpation montre une tumeur ovoïde allongée à l'emplacement de la 6ème côte. Son pôle antérieur est arrondi et bien limité ; son pôle postérieur, fusiforme, glisse sous la masse sacro-lombaire.

Après résection de la 8ème côte et ouverture de la plèvre, on constate :

1- que le pôle postérieur s'arrête au col de la 6ème côte.

2- que la 3ème côte est libre.

3- que la corticalité pulmonaire adhère à la tumeur, mais en reste clivable.

On libère progressivement les extrémités antérieures des 7°, 6°, 5°, 4°, et 3° arcs costaux.

On sectionne de même les extrémités postérieures des 7ème, 6ème, 5ème, 4ème et 3ème côtes. La tumeur ne tient plus que par son pôle postérieur. Auparavant, on décolle progressivement la corticalité pulmonaire. Il existe, néanmoins, vers la pointe du lobe moyen, un petit territoire d'envahissement, gros comme une noisette. On le circonscrit au bistouri électrique et la corticalité pulmonaire est refermée par deux points de catgut.

Enfin, le pôle postérieur de la tumeur est enlevé en masse, avec un fragment des muscles paravertébraux, le col 6 et les deux paquets V.M. adjacents. Au cours de cette dissection, on rencontre de nombreuses artères intercostales et pariétales très hypertrophiées, ce qui entraîne un saignement hémorragique important. L'hémostase est parfaitement contrôlée.

La cavité est lavée à la chloramine. La réexpansion pulmonaire est excellente. Antibiotiques dans la cavité. Un drain postéro-inférieur et un drain antéro-supérieur. Le bord spinal de l'omoplate et la lèvre supérieure du grand dentelé sont fixés sur les dernières côtes restant. La lèvre inférieure du plan musculaire profond est rabattue en paletot sur la suture précédente.

Le plan superficiel est suturé sans difficulté. Peau Donati.

Intervention très hémorragique : 1.400 g. environ à la pesée des compresses, 4 ballons de sang peropératoire.

Tachycardie importante pendant toute l'intervention. Néanmoins, réveil ébauché sur la table.

La brèche pariétale est la cause d'une importante respiration paradoxale, qu'on jugule partiellement par pansement progressif.

- V.S. 16-11-54 : 1 h. 32
2 h. 68
24h. 134

- Ablation drains le 11.11.54. Suites opératoires favorables sans incident.

- Compte-rendu anatomo-pathologique. Dr. ROUSSEL :

Tumeur d'aspect très monomorphe.

Histologiquement formée de cellules polygonales à noyaux dans l'ensemble assez basophiles et de taille inégale, avec de nombreuses monstruosité et mitoses anormales.

Les cellules disposées en nappes diffuses sont supportées par un stroma lâche et oedémateux, les zones nécrotiques et hémorragiques sont nombreuses.

Enfin, il existe dans cette tumeur de très nombreux vaisseaux ou capillaires bordés par les cellules tumorales.

L'aspect de cette tumeur est celui d'un réticulo-sarcome ou angioréticulo-sarcome.

Remarque :

Cette observation présente plusieurs centres d'intérêt :

1- elle permet de suivre sur près de huit ans l'évolution clinique de cette tumeur pariétale.
De voir la précession des signes généraux banaux : fibricule et asthénie sur tout symptomatologie locale.

De voir se développer les symptômes majeurs habituels, douleur et tuméfaction.

De rencontrer une fois encore les difficultés et les erreurs successives de diagnostics qui n'avaient pas envisagé de parti pris l'éventualité néoplasique.

De retrouver sur le cliché radiologique d'Août 1954 l'aspect habituel que réalisent les différents types de tumeurs largement évoluées avec une lyse costale démonstrative.

2- De voir un aspect de l'activité de l'actinomycine, dont l'heureux effet local anti-inflammatoire, et général sur les signes généraux a été un élément important de décision opératoire, malheureusement contre notre gré, tardive.

Il est hors de notre propos de développer plus ici quel serait son rôle éventuel à venir, nous bornant à souligner son incidence heureuse dans ce cas particulier.

3- Présenter un type histologique peu fréquent.

- Mi-janvier 55 : très bon état.

OBSERVATION VI .

MAN... Jackye 15 ans

- Scopia scolaire systématique fin décembre 53 montre une image pulmonaire droite suspecte, sans symptomatologie générale ou fonctionnelle si ce n'est depuis cette époque une vague sensation de picotement axillaire gauche d'apparition irrégulière.

- Antécédents : R.A.S. (oreillons, rougeole)
Cuti : négative déc. 53.

- le 19.2.54 :

température : 38°5, 39°.
Asthénie considérable
Pas d'amaigrissement
Ni toux ni expectoration
Pas d'anorexie.

Examen :

1- pleuro-pulmonaire : inspection thorax : normal
diminution du M.V. du champ droit

2- cardio-vasculaire :
tachycardie 130 ,
T.A. 13-6

Normaux : ganglions, digestif, système nerveux, foie,
rate, peau.

- 14.1.54 :

Hb 80%
G.R. 4.300.000
Val. globul. 0,87.

G.B. 12.200 : P.N. 82
E. 2
B. 0
L. 13
M. 3

V.S. : 1 12
2 31
24 75

Myélogramme : P.N. 28,5
E. 1
B. 0

Métamyélo : N. 7
 E. 0
 B. 0

Myélocytes : N. 26
 E. 1
 B. 0

Promyélo : 0,5

Léucoblastes : 0,5

Proérythroblastes et érythroblastes 5

Erythroblastes, polychromato et orthochromatophile 20

mégalo et promégalo : 0

L 7

M 1

plasmocytes 0,5

mégacaryo 2

Rapport $\frac{\text{granulocytaire}}{\text{érythroblastique}} = 2,56$

- Hémogramme le 4.2.54 :

G.R. 3.760.000

B.B. 13.400 P. N. 84
 E. 2
 B. 0

L. 10

M. 4

- V.S. 20.2.54 :

1 2 24

72 105 140

Hb : 65%

G.R. 3.630.000

G.B. 11.400 P.N. 87
 L. 14
 M. 9

- Février 54 :

opacité sous claviculaire ext.
bilobée
limite supérieure atteint bord sup. 4ème espace
inférieure " " " 6ème "

Côtes paraissent normales.

- 11.2 :

Tomo : image à toute profondeur, plus importante à 9 cm.
bilobulation à 3 et 4 cm.

- 19.2. :

= de face l'opacité a considérablement augmenté : multipliée par 3 à 4.:

en largeur, elle atteint presque l'ombre des vaisseaux
en hauteur : bord sup. 3ème au bord inf. 8ème:

Côtes normales ; en fait :

3ème assez anormale
ainsi que la 2ème à un moindre degré,
dans leur segment latéral .

= Profils : projection sur segments apicaux et ext. du L.S.D.

- 20.2 :

Ponction exploratrice : 90 cc. de liquide séro-sanglant

- 27.2. :

Broncho, sous A.B. :

larynx et partie sup. de la trachée normaux.
Les 2 derniers cm. de la face lat. dr. de la trachée
sont légèrement refoulés vers la ligne médiane :
diminution du calibre de bronche souche droite.

Carène normale.

Bronche L.S. normale, mais semble à l'optique à 60° raccourcie; on observe une bifurcation dont la carène est très émoussée comme si elle subissait une compression extrinsèque.

Reste normal.

- Intervention 27.2.54 : Dr. H. LE BRIGAND.

Incision péri-scapulaire, finit sur extrémité antérieure de la 5ème côte.

Après dégagement de l'omoplate : une masse tumorale saillante sur les 2-3-4ème espaces .

Résèque 5ème .

Plèvre ouverte, on constate que tumeur bosselée , rouge veineux, adhère à la corticalité pulmonaire. Il n'existe plus de plans de clivage entre tumeur et poumon.

La grande scissure cependant est libre, une bilobectomie associée à exérèse partielle paraît possible.

Section 4-3-2- à 1cm. du cartilage
à à hauteur M.S.L.
lèvre paraît libre.

On libère pôle supérieur en ruginant face inférieure de la lèvre.

Pédicule est bourré de ganglions grisâtres , charnus ;
un examen extemporané les montre non envahis.
On décide de s'en tenir à bilobectomie et non pneumonectomie.

Dissection difficile en raison des ganglions périvasculaires et de la masse même de la tumeur.

Recoupe de bronche lobe moyen et suture par 3 spechilons

Recoupe L.S. et 6 spechilons. Enfouie par suture de crosse d'azygos à la face antérieure du trou bronchique.

Expansion excellente du L.I. Lavage couché à la chloramine.

Antibiotiques

Drains : P.I.
AAS.

Fermeture par suture au bord supérieur de la lèvre côte, toute la lèvre sup. du plan musculo aponévrotique profond.

Lèvre inf. du plan M.A. rabattue en paletot au-dessus de cette suture.

Hémorragie assez importante 1600 g.

5 ballons.

Réveil assez long

Biopsie extemporanée a montré qu'il s'agissait d'une tumeur maligne apparentée au groupe lympho-sarcome

- Suites opératoires favorables :

du 28.2. au 12.3.1954 : 5.600 gammas d'actinomycine.

- Anatomie pathologique :

macro. manque.

Tumeur largement nécrotique, séparée du poumon par une sorte de coque scléreuse oedémateuse, n'intéressant pas le parenchyme pulmonaire présent sur la coupe.

Assez finement lobulée, par des bandes de sclérose d'épaisseur irrégulière.

Les éléments sont assez clairs, à noyaux également clairs et relativement peu riches en chromatine.

L'aspect est en faveur d'un réticulo-sarcome.

L'examen d'une des côtes englobée par la tumeur montre :

: un aspect un peu dense des lamelles osseuses de l'os spongieux.

: l'absence de formation tumorale à ce niveau.

Décès Juillet 1954 - Cachexie.

Remarque - Tumeur découverte fortuitement par un examen systématique.

Rapidité évolutive considérable.

Symptomatologie essentiellement générale.

OBSERVATION VII .

Adrien Lep.
homme 57 ans.

- vient consulter fin 1949 pour un syndrome douloureux thoracique gauche datant de quelques mois.

Plus récemment des modifications pariétales à type de tuméfactions sont apparues.

- L'examen clinique conclut à la probabilité d'un ostéosarcome costal .

Radiologiquement :

opacité post. de la base gauche.

atteinte des 7.8.9.10ème côtes .

Trois des côtes présentent des altérations typiques elles sont englobées dans l'ombre de la masse tumorale.

Dans la paroi de celle-ci réactions d'ostéogénèse.

Bronchoscopie normale .

Leucocytose 12. à 20.000

Ponction exploratrice : nombreux leucocytes,
pas de germes visibles
culture négative.

- Biopsie : le 6.1.51 :

Incision oblique sur la tumeur .

Plan musculaire intact, on tombe ensuite sur une tuméfaction fluctuante très musculaire qu'on ouvre résolument .

Elle renferme du liquide séreux louche et des débris de tissu friable en gâteau de semoule, la paroi est formée de tissu analogue.

Aux extrémités, on perçoit des fragments costaux en ostéolyse, en dedans, le rachis semble atteint. Dans la paroi on perçoit de petits ostéophytes. Le tout est très vasculaire.

Un tamponnement diminue le suintement et on referme après avoir bouché la poche de spongel.

- Anatomie pathologique:

Il s'agit d'un épithélioma atypique très nécrotique.

Au muci carmin : absence de mucus.

Aspects de plages d'épithélioma pavimenteux basocellulaire.

- Décès Septembre 1951 : Cachexie ,
dysphagie.

OBSERVATION VIII.

Lebr.... homme 49 ans.

- 1950 : découverte d'un petit foyer tuberculeux droit.
- Début 1951 : gastrectomie pour ulcère.
- Juillet 51 : thoracoplastie droite, 6 côtes pour une poussée évolutive du foyer découvert en 1950;
- Mars 1952 : malade abacillaire, bien stabilisé ; découverte par le malade d'une petite tuméfaction de l'extrémité interne de la clavicule droite.

On pense à un abcès froid.

En quelques semaines, la tuméfaction atteint le volume d'un oeuf de poule. Le malade est amaigri, fatigué, un syndrome névralgique cervico-brachial apparaît.

La tuméfaction prend un aspect inflammatoire qui fait songer certes à un abcès froid en voie d'extériorisation mais aussi envisager une tumeur, type ostéosarcome.

A l'examen, on note peu de chose :

langue dépapillée, fendillée, facilement sèche.
un myœdème de pincement important, cet ensemble avec l'asthénie et l'amaigrissement évoque un état de grande fatigue organique.

A l'examen local,

tuméfaction d'aspect inflammatoire du volume d'un oeuf de poule, noyant l'extrémité interne de la clavicule, le bord droit du sternum et les deux premières réossifications. La tuméfaction semble commencer à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 interne de la clavicule; elle paraît surtout antérieure, la face postérieure de l'os peut être suivie jusqu'à l'interligne, elle paraît cependant un peu augmentée de volume.

La peau reste mobile au-devant de la tumeur. Aucun signe d'envahissement.

A la palpation la tumeur est ferme sans fluctuation, régulière, peu douloureuse spontanément et à la palpation. Toutefois en arrière à hauteur de l'interligne, existe une zone de douleur exquise.

Les insertions musculaires sur la clavicule et les muscles ne paraissent pas infiltrés quoique un peu atrophiés (rôle de la thoracoplastie). La mobilité de la clavicule est diminuée de moitié.

Les creux sus et sous claviculaires ainsi que la gouttière cervicale, très aisément palpés chez ce sujet maigre ne montrent ni infiltration ni ganglions.

- Avril 52 :

Une intervention exploratrice est décidée.
Les examens préopératoires sont normaux.

L'électrocardiogramme montre

- : une onde P2 P3
- : une onde P empâtée en V2

- Compte rendu opératoire 16.4.52 : (Dr. H. Le BRIGAND)

Incision horizontale sur la tumeur.

Peau non envahie. Incision de la tumeur qui est charnue, blanchâtre à la coupe assez peu vasculaire.

On en prélève un fragment qui examiné se révèle être un épithélioma malpighien.

On décide alors de faire une exérèse élargie de la tumeur.

Section du 3ème cartilage, section progressive du sternum sur la ligne médiane après ligature de la mammaire int. Section de la clavicule droite à l'union tiers M. et tiers ext. On constate qu'il y a peu d'adhérences post.

Dissection progressive et ablation de la tumeur qu'on enlève avec toute la partie antéro-supérieure du placard de réossification.

On vérifie ensuite :

- 1- les organes du creux sus claviculaire sont libres et sans ganglions.
- 2- le creux axillaire où l'on enlève 3 ganglions qui macroscopiquement ne donnent pas l'impression d'être envahis. Dès lors se pose le problème de la réparation. On ne dispose pas de prothèse aussi on définitive on se borne à fixer le moignon claviculaire à la branche de section du placard de réossification. Un nylon 3° et un fil d'acier assurent cette fixation.

La clavicule passe assez en avant du tronc veineux axillo sous clavier qu'elle risque (assez peu) de comprimer. On parvient ensuite à suturer progressivement le S.C.M. et le peaucier aux pectoraux.

Suture cutanée par point de Donati et légèrement inversants. Un petit drain dans le décollement et une laine caout, dans le plan sous cutané et mise à l'union du 1/2 M. et 1/3 I. de la cicatrice.

- Anatomie pathologique (Dr. F. RENAULT)

Tumeur pariéto-thoracique ; jonction clavicule droite-sternum chez un ancien tuberculeux thoracé.

1°- Ponction biopsie :

frottis : épithélioma épidermoïde typique.

2°- Etude histologique extemporanée per-opératoire : épithélioma épidermoïde peu différencié. Ce résultat a été confirmé par l'étude des coupes à la paraffine.

La tumeur a été réséquée en entier ; les divers prélèvements faits sur la masse tumorale montrent tous le même aspect.

- Suites opératoires :

Favorables . Cependant convalescence traînante.

- Mai 52 :

Un cliché pulmonaire ne montre pas de modification

parenchymateuse cependant l'E.G. reste médiocre et fait craindre une autre localisation.

- Décès 10 mois après l'intervention.

- Remarques :

Le fait le plus remarquable de cette observation est le type histologique de la tumeur : épithélioma épidermoïde.

OBSERVATION IX .

Saint... Germaine
couturière.

- 1950 néo utérin traité par radium T., puis radio T.
Guérison locale (nous n'avons pas de compte-rendu histologique).

- Juillet 1952 :

Douleurs thoraciques gauches survenues assez brutalement, continues, en 1/2 ceinture constrictives, irradiant vers le bras, ne s'accompagnant ni de toux
ni d'expectorat.
ni d'essoufflem.

- Radios le 14.10.52 :

Pulmonaires : opacité dense, homogène, ovalaire, occupant tout le sommet gauche ; limite assez nette, pas d'aspect étoilé, conservation de l'image des arcs costaux. Le restedu champ pulmonaire paraît normal.

- E.G. satisfaisant . Pas d'amaigrissement
Température à 37°7,
pas de fatigue,
bon appétit

- Examen :

cardiovasculaire : hypertension artérielle à 21-12
a eu jusque 28 avec crises angineuses ;
Coeur : bruits claqués durs.

Radio : arc aortique déroulé calcifié (voir profil gauche).

Pas de céphalées, ni d'œdèmes, ni vertiges, ni mouches volantes.

P = 96 T.S. 3'30'' T.C. 7'20''

Digestif : foie normal, pas de mélanose
T.R.:R.A.S.

Rénal : urographie

aspect normal, cependant rein droit ptosé et en rotation sur son axe vertical; ceci en relation vraisemblable avec une scoliose importante à convexité droite avec rotation des vertèbres.

uretères réguliers.

Génital : examen non fait.

Squelette : radios : crâne, rachis, bassin ne montrent pas de métastase osseuse.

- 14.10.52 :

V.S. 29 1
57 2
111 24

Protides $76, \frac{S}{G} = \frac{36}{40} = 0,9$

Leucocytose 8.400.

- Intervention le 23.10.52 (Dr. H. LE BRIGANT)

Grande incision périscapulaire, rabattement de l'omoplate. 2ème et 3ème côtes remplacées par une masse tumorale ferme qui saille à peine sur la paroi thoracique.

La tumeur est intégralement endothoracique et adhère au L.S.

Résection de 5. Plèvre libre, tumeur adhérente à 4.3.2. En sectionnant progressivement les arcs antérieurs et les cols des côtes on libère peu à peu la tumeur. Adhère au rachis mais s'en libère par clivage au doigt.

Cols de 4 et 3 poreux, friables évidemment envahis par T., se fracturent lors de la libération et têtes restent fixées au rachis.

Pédicules intercostaux remplacés par trainées celluloso-

conjonctives. Artères intercostales thrombosées.
Il ne semble pas exister de prolongements tumoraux
vers les trous de conjugaison.

Après section 2ème côte on constate que la lèvre est
intacte, on enlève la tumeur dans le plan sous périosté,

Après section de quelques adhérences, Tumeur et apex ;
du L.S. tombent.

Adhérence pulmonaire totale, toute la corticale du segment
A.D. du L.S. est envahie.

Le pédicule étant libre, on décide, étant donné que du
côté rachidien l'exérèse s'est faite pratiquement dans
la tumeur, de se borner à une segmentaire.

On enlève sans difficultés un segment apical.

Le plan interdorso apical étant proche de la tumeur, on
enlève une lame de 1 cm. du segment dorsal. Peu de fuite.
Spongél et antibiotiques dans la plaie. Un drain ;
Port. inf. : 2 drains accolés interscap. vertébr. ;
l'un fixé à l'apex ; l'autre à la loge apicale.

Fermeture : 2 catguts chromés rapprochent les arcs
antérieurs de 4 et 6. Suture du plan musculo-apexien
profond à la 6ème côte. Suture de la lèvre inférieure
du poumon moyen antérieur profond à la lèvre supérieure
déjà fixée.

Suture plan superficiel.

- En conclusion : ablation incomplète.

- Suites troublées :

Escarres, abcès cuisse gauche, incisé.

Sortie en bon état général relatif.

Pas de radio pulmonaire.

- Anatomie - pathologie :

Macro : Présence d'une tumeur adhérent au plan costal.
Les rapports avec côtes seront précisés par l'his-
tologie.

Histologie : La tumeur est constituée par un épithélioma
épidermoïde indifférencié se présentant sous l'aspect
de lobules.

L'examen d'une région où la tumeur entre en contact
avec une côte permet de préciser l'atteinte massive
de l'os, on ne distingue plus en effet au sein d'une
masse tumorale, que quelques ilots osseux très ame-
nuisés qui représentent les vestiges de la paroi cos-
tale presque entièrement néoplasique.

Labo Se. Pr. DETARUE.

- 7.3.53 :

- : bon état local après 32 séances de Radio P.
- : se plaint de douleurs avec sensation de constriction thoracique.
- : pas d'adénopathie perceptible.

- 1.4.53 :

- : souffre beaucoup ; très amaigrie
- : pas de signes de récédive à la scopie
- : radio image id.
- : on envisage infiltration sympathique cervicale.

- Décès juin 53.

- Remarques :

La question se pose de rapporter la tumeur pariéto thoracique à une origine métastatique utérine. Un examen génital attentif ou un contrôle anatomique aurait pu orienter le diagnostic.

OBSERVATION X .

Sal.... femme 48 ans.

- Antécédents :

Mai 1947, hystérectomie totale sans ablation des ovaires.
Nous ne possédons pas de document histologique.
Fibromyome probable.

Début des troubles en juillet 1950 par des névralgies du
M.S.D., à point de départ rétro sternal, intenses surtout
à la face interne du bras.

De plus douleurs à droite à la partie haute de l'hémithorax
entre les deux lignes axillaires.

On porte le diagnostic de névrite et on entreprend un
traitement par la vitamine B1, qui est continué jus-
qu'au mois de septembre.

- Par ailleurs d'août 50 à août 51, a été institué en province
un traitement hormonal ayant utilisé tantôt successivement
tantôt en association testostérone en implant-cycladienne,
benzogynœstril - hexadiène en implant, et dont les buts
non connus paraissent avoir été à visée antalgique ayant
peut-être voulu rapporter le syndrome douloureux à des
phénomènes biologiques liés à la ménopause.

- De septembre 50 à avril 51 :
persistance des algies
dont les caractères se modifient :

apparition, sur le fond continu, d'épisodes paroxys-
tiques, localisés au sommet de l'hémithorax droit
alors que les douleurs au M.S.D. rétrocedent.

- E.G. satisfaisant . 70 kg. Im65, ni toux, ni expectoration.

- Au cours de sa toilette la malade constate une éminence la-
téro thoracique droite.

- Les clichés alors pratiqués :

1- colonne cervicale : normale.

2- thoracique : montre :

1°- une tumeur intrathoracique d'aspect homogène,
à la partie supéro-ext. de l'hémithorax droit;

en demi-sphère. Le diamètre pariétal paraissant une base d'implantation.

Son pôle sup. rétro claviculaire laisse libre le sommet du poumon.

Son pôle inf. se projette au niveau bord sup. de l'arc post. de la 7ème côte.

2°- Un affaissement important, une rétraction des 3.4.5ème côtes.

Les arcs postérieurs des 3.4.5.èmes côtes présentent un aspect irrégulier, les lignes bordantes des bords sont estompées et planes.

L'omoplate ne semble pas intéressée.

On note d'autre part :

- nodule calcifié base droite.
- poumon gauche normal.
- scoliose dorsale haute à concavité tournée en regard de la masse tumorale (attitude antalgique).

De profil :

l'image se projette sur la partie haute (1/3 sup) du champ, superposée à l'image vertébrale, reste nettement à distance du profil sternal.

- 13.4.51 :

Hémogramme normal.
Réactions Weinberg -
Gasoni -

On pense alors à un processus néoplasique dont on ne précise pas plus la nature.

- Avril et Mai :

Radiothérapie 40 séances.
300 r. sur 3 champs différents.

Ce tt. :

diminution de l'éminence thoracique ext.
cédation des douleurs avec seulement persistance d'une sensation de masse thoracique
mais : progression de l'image radio

- Août 51 :

Reprise des douleurs entraînant une impotence du M.S.D.

- Octobre :

Bilan radiographique de tout le squelette. Ne note que des images de décalcification au M.S.D.

Au point de vue costal

- 1ère côte normale
- 2ème côte érodée sur toute la partie ext. de son arc.
- 3ème côte détruite sur 10 cm.
- 4ème et 5ème côtes effondrées et détruites presque complètement sur 5-6 cm.

Des coupes tomographiques de 3 à 14 retrouvent sur toutes la tumeur surtout volumineuse en arrière.

Son volume est nettement augmenté :

- : en dedans elle atteint presque la ligne médiane
- : son contour médiastinal est net sans épines ou prolongements.

Les examens biologiques montrent :

- : un hémogramme normal
- : une V.S à 84 - 121 - 143.
- : phosphatases : acides 4) unités Bodansky.
- S 47 alkalines 15)
- : $\frac{S}{G} = \frac{47}{31} = 1,4$

Une intervention est décidée.

- Compte rendu . Dr. H. Le BRIGAND 15.10.51.

- . Incision interscapulo vertébrale et sous scapulaire.
- . L'omoplate est facilement décollée d'une masse arrondie, régulière, de consistance mollassse du volume d'un petit melon, paraissant encapsulée.
- . en haut elle paraît atteindre la 1ère côte sans l'envahir.
- . résection de la 5ème côte sur 12 cm. à la recherche d'un plan extrapleurale de décollement. On trouve en fait une plèvre libre, on aperçoit la face profonde de la tumeur sur laquelle s'étale une lame de parenchyme pulmonaire qui se décolle très facilement.
- . section en tissu apparemment sain en Avant et en arrière des 4.3. et 2ème côtes.

La 1ère côte est molla  se, quoique ne paraissant pas envahie ; on la résèque.

. opération facile.

- Suites opératoires excellentes ;
départ au 15  me jour.
l'E.G. est excellent.
les douleurs sont disparues.
- fin novembre apparition d'une métastase au niveau de la hanche gauche.
- décès aux environs de Noël 1951.
- pas d'autopsie.
- Anatomie pathologie :

- .   norme tumeur non homogène centrée sur une côte qui se fond en elle.
- . les larges fragments prélevés dans la tumeur sont constitués essentiellement de nécrose.

En certaines zones seulement il est possible d'observer quelques rares éléments cellulaires qui sont peut-être la traduction d'une xanthomatose. Il n'est cependant pas impossible d'éliminer la possibilité d'une métastase notamment celle d'une tumeur cortico-surr  nalienn  .

- Remarques : Pour noter :

- . Tumeur cliniquement d'apparence pariétale primitive jusqu'à l'examen histologique et l'apparition d'une autre localisation.
 - . Rôle de la radiothérapie sur l'aspect nécrotique des tissus tumoraux et la difficulté du diagnostic histologique.
 - . Accélération considérable de la V.S.
 - . Non envahissement pulmonaire de cette énorme tumeur.
 - . un syndrome clinique longtemps résumé à la seule douleur et erreur du diagnostic initial en l'absence de contrôle radiologique.
-

OBSERVATION XI .

Marcol Buz... homme 57 ans . Tourneur

- Mai 50 : Examen scopique : R.A.S.

- Déc. 50 : Poussée fébrile 2. 3. jours avec point de côté gauche . Cédation rapide.

Depuis, amaigrissement de 5 , 6 kg. mais suit un régime amaigrissant (1m68 ; 91 kg.)

- Juin 51 : visite systématique d'usine.

Découvre au niveau de la 6ème une opacité du volume d'une orange.

- 20.6.51 :

Cliché montre une opacitése projetant sur la partie ext. des arcs postérieurs 6. 7 . et 8 . Homogène, arrondie, de limite nette.

Bronchoscopie ne montre rien d'anormal .

Légère leucocytose à 9.400 P.N. = 61 , E. = 1 , B. = 0
Lympho 27
Monocytes 7

Réaction de Casoni négative.

Ni toux, ni expectoration.
Pas de B.K. au tubage.

- Juillet 51 : hospitalisation.

température à 37°7-38

Les radios montrent une masse un peu plus volumineuse se projetant sur (et recouvrant) les arcs post. 5.6.7.8, n'empiétant pas sur l'ombre cardiaque. Limite floue.

De profil : masse postérieure, largement à distance de la silhouette thoracique antérieure par contre paraît logée dans la grande gouttière , elle surplombe l'ombre cardiaque sur laquelle elle n'empiète pas.

Tomos : 5.7.9.11.13 . On retrouve l'image sur toutes les coupes.

Les ouls de sacs sont émoussés.

Examen cardio-vasculaire :

- : souffle systolique de la pointe
- : à l'électro crochetage de la branche descendante de Q.A.S.

Examen digestif : subictère conjonctival, pituité matinale, oenilisme avoué.

V.S. 108. 122. 129.

B.W. Toutes les réactions accusent trois croix.

Une intervention exploratrice est décidée

- Compte rendu opératoire : 9.8.51 Dr. H. LE BRIGAND.

Thoracotomie par résection 6ème côte.

Plèvre libre sous la côte réséquée.

Enorme masse parenchymateuse occupant le L.S.

Le clivage est manifestement impossible et seule une exérèse emportant la paroi adhérente semble réalisable.

Section col 5ème côte.

Le malade présente des signes de choc qui obligent à ne pas poursuivre l'intervention.

- 17.8.51 : Second temps opératoire :

On reprend l'incision que l'on prolonge en interscapulo vertébrale.

Section antérieure de la 5ème puis des 3 et 4 en avant et en arrière.

Le L.S. tombe avec les trois éléments pariétaux.

On note un volumineux ganglion sur la V.P.S. On ouvre le péricarde et on ligature la V.P.S. à ce niveau.

- Suites opératoires :

favorables une fibrillation auriculaire avec surcharge gauche cède aux diurétiques et tonicardiaques.

- Anatomie -pathologie : Dr. P. RENAULT :

Enorme masse tumorale encapsulée.

Pneumonectomie gauche pour cancer.

Le poumon dans son ensemble est très déformé, gonflé, dans ses régions antérieure et extérieure par une énorme masse dure, ronde, bien limitée, bien ap-

préciable à la palpation.

La coupe du poumon montre qu'il s'agit d'une masse tumorale pleine, ferme et blanchâtre, très périphérique, dont le siège essentiel est le segment ant. du L.S.G. et la lingula, mais qui a débordé sur les territoires voisins au cours de sa progression et adhère en dehors à la paroi costale.

Pas de coque conjonctive péritumorale, aucune envahissement bronchique ou intrabronchique.

Parenchyme du poumon normal en dehors de la tumeur.

Histologie :

Epithélioma peu différencié, de type cylindro cubique, à petites cellules rondes, avec un minimum d'anomalies nucléaires.

Tissu tumoral en disposition alvéolaires, avec un stroma grêle et pauvre. Là où des lobules plus volumineux sont observés ils sont tous nécrosés en leur centre.

Il n'y a pas de coque conjonctive périphérique, mais la tumeur est néanmoins bien limitée.

Pas de tendance à l'infiltration dans le parenchyme voisin qui est normal.

Tous les ganglions étudiés sont sains. La coupe chirurgicale du tronc bronchique souche a été faite en tissu sain.

Conclusion : Néo poumon.

- Octobre 51 :

Bon E.G., pas de signes de récidence, quelques douleurs dans la région cicatricielle.

- Mars 52 :

Episode de dyspnée avec dysphonie qui cède aux antibiotiques.

Cependant : une tuméfaction est apparue dans le creux sus claviculaire gauche, et on note une paralysie récurrentielle gauche.

- Avril : tuméfaction apparue au niveau, à l'extrémité antérieure du 1er espace gauche.

- Décès début 1952

- Remarque :

L'intérêt de cette observation outre l'invasion pariétale qui a confirmé l'intervention, vient de l'hésitation diagnostique possible au départ devant cette masse postérieure d'aspect homogène sans traduction fonctionnelle respiratoire et sans modification de l'arbre bronchique à l'examen endoscopique.

OBSERVATION XII .

Mme ARD.... 51 ans.

Tumeur pariétale pure. Neurinôme.

- Antécédents :

1947 : torticollis. Syndrome de Claude-Bernard-Horner Dr.

Sept. 1948 : paraplégie jambe droite.

Dec. 49 : hystérectomie pour fibrome.

Sept. 50 : épisode pleural précédé depuis juillet 50 de douleurs du sommet de l'hémi-thorax droit.

Oct. 50 : découverte d'une image opaque du sommet droit. pas de BK au tubage.
Réaction de Casoni et Weinberg négative.
pas d'éosinophilie.

51/52 : Bon état général. Cependant depuis 6 mois, augmentation de volume de la masse du sommet droit.

Sept. 52 : apparition de douleurs thoraciques du sommet droit avec irradiation brachiale et cervicale.

Nov. 52 : entrée en clinique. Intervention décidée pour diagnostic vraisemblable de tumeur thoracique.
Examens pré-opératoires normaux. A noter, vitesse de sédimentation : 80 mm. en une heure.
Pelvis normal, cependant col volumineux et bosselé sera à vérifier.

12.11.52 : V.S. 1/2 : 30 - 1 h. : 80 - 2 h. : 102 -
31. : 105.

14 nov. : Intervention (Dr. H. LE BRIGAND)

Thoracotomie droite par résection de la 5^e côte
Plevre libre. L'apex est occupé par une tumeur
ferme de la grosseur d'un oeuf d'autruche.

Tumeur manifestement de siège extra-pleural.
Bien limitée, elle comprime le segment apical
du lobe supérieur. Clivage relativement facile
y compris au contact de la veine cave et de la
trachée. ...

Après section de la chaîne sympathique et de 2 ou
3 gros pédicules vasculo-nerveux, la masse est
enlevée sans difficulté.

Le segment atelectasié du lobe revient
bien sous l'hyper pression. Double drainage,
fermeture. Réveil sur la table.

- Anatomie pathologique : (Dr. P. RENAULT)

La pièce forme une grosse tumeur ovoïde de 8/5 cm, ré-
gulière blanchâtre, ferme, dense. Pas de pédicules
nerveux, ou vasculaires identifiables.

A la coupe, tissu blanchâtre, ferme, semé de cavités
kystiques et de zones hémorragiques et nécrotiques.
C'est là l'aspect habituel d'un neurinome.

A l'examen microscopique : aspect variable suivant les
prélèvements. Dans l'ensemble, on peut identifier
cette tumeur comme une tumeur schwannienne malgré
l'absence de dispositions spécifiques : pas de nodule,
de Verocay, pas de déformations ballistiques, ce-
pendant aspect étonnant. Les colorations spé-
cifiques de la réticuline montrent un engainement
individuel des cellules. Point capital, on trouve un
peu partout, soit isolées, soit en amas des cellules
anormales à noyaux gigantesques hyperchromatiques, avec
parfois mitoses anormales.

En conclusion : malgré son aspect macroscopique bénin,
ce neurinome renferme des cellules d'apparence indis-
cutablement malignes dont il faut tenir compte pour
le pronostic. Toutefois, on ne saurait apprécier les
caractères histologiques comme témoignant d'une ma-
lignité clinique actuelle.

- Nov. Déc. 52 : suites opératoires favorables.

- Avril 53 :

La malade se plaint d'un syndrome douloureux de l'hémithorax droit et de l'épaule.

Asthénie importante.
Mauvais état général.

A l'examen radioscopique :

à gauche : apparition d'une opacité dans la région axillaire de la taille d'un oeuf de poule

à droite : au niveau de la côte reséquée apparition d'une image arrondie. Il semble bien qu'il s'agisse de 2 métastases. L'intensité des phénomènes douloureux fait évoquer une métastase rachidienne.

L'examen des clichés montre que la tumeur est probablement une tumeur pariétale soit neurinome soit tumeur osseuse ou périostée.

Bronchoscopie pré-opératoire normale, sécrétions dans la lobaire moyenne droite.

- 27 avril 53 : Intervention (Dr. H. LE BRIGAND)

Ouverture du 4ème espace gauche dans la partie moyenne duquel bombe une tumeur de la grosseur d'un oeuf adhérent à la paroi et au lobe supérieur. Les difficultés de son clivage amènent à réséquer la 3° et la 4° côtes. L'adhérence à la plèvre viscérale amène à mettre le parenchyme à nu. Double drainage; fermeture. réveil sur la table.

Anatomie pathologique : Dr. P. RENAULT

Les fragments extirpés forment une masse blanchâtre et friable adhérente à une côte qui paraît envahie en surface.

A l'examen histologique, les divers prélèvements montrent outre l'importance des processus de nécrose, l'existence d'un tissu dense d'apparence sarcomateuse dont les cellules ont un aspect monstrueux. On est en présence d'un processus prolifératif sûrement malin dont les caractères de malignité sont sans aucun rapport avec ceux de la lère pièce opératoire. Il paraît indiqué de mettre en oeuvre un traitement radiothérapique aussi intense que possible.

- Mai 1953 : suites opératoires favorables, marquées cependant de phénomènes douloureux importants avec apparition d'une douleur vertébrale à la hauteur de D.5.

- 23.5.53 :

V.S.	1/2	1	2	3
	43	103	112	113

- 11 juin 53 :

L'opacité du territoire cicatriciel droit a augmenté
Il semble qu'il s'agisse d'une récurrence locale.
On envisage une réintervention droite avant
radiothérapie.

- Sept. 53 : Décès.

- Remarques :

1- Tumeur droite :

ébauche dans les antécédents d'un syndrome de
Pancoast dont l'existence paraît logique mais
dont les éléments incomplets ont été dissociés et
successifs dans le temps.

2- Tumeur gauche : on doit en discuter l'origine mé-
tastatique.

OBSERVATION XIII .

Alexandre IAV.... 52 ans.
caviste.

- Antécédents : R.A.S.

- Nov. 52 :

Le malade crache deux ou trois crachats hémoptoïques le matin. Consultation à un dispensaire.

Les examens radiologiques montrent une opacité non homogène siégeant dans la partie supérieure du poumon gauche, se projetant sur les 3/4 sup. et ext. du lobe supérieur.

Opacité excavée par une ou deux géodes plus ou moins confluentes. Pas de toux, pas de fièvre, un tubage en déc. 52 aurait montré la présence de B.K.

On met le malade en cure intégrale et on le soumet à un traitement combiné strepto-P.A.S.

- Juin 53 : Hospitalisation.

Pas de fièvre, pas d'amaigrissement, le malade tousse peu, mais le nombre des crachats hémoptoïques a beaucoup augmenté depuis 2 mois. Une douleur oppressive de l'hémithorax gauche irradiant à l'épaule et au bras est apparue.

A l'examen, un ganglion sus-claviculaire mobile et indolore.

Foie non sensible déborde de deux travers de doigts. Examen des crachats ne montre pas de B.K.

V.S. : 90. 111. 122

Leucocytose à 10.800

Radiographie : l'opacité a augmenté de volume, son excavation est nette.

Sa bordure est floue quoique bien limitée.

Bronchoscopie normale, pas d'image réactionnelle.
Les clichés tomographiques montrent une extension des lésions des coupes 5 à 13 cm. On note des images de destruction de l'ext. ant. des 1° et 2° côtes.

Un profil gauche montre l'apex totalement occupé par l'image qui ne s'étend pas jusqu'à la projection de l'image cardiaque.

En conclusion la première idée de tuberculose excavée n'a donné pour preuve qu'un seul tubage positif. Par contre l'ensemble symptomatique avec la persistance de l'expectoration sanglante évoque l'idée d'un processus néoplasique.

- Intervention 27 juin 53 :

Thoracotomie par résection de la 5ème côte.

Plèvre et scissure libres.

Lobe supérieur très adhérent aux trois premières côtes, tout le cercle de la première côte semble envahi.

On décide de pratiquer une lobectomie palliative extirpant en bloc les 4 premières côtes.

Mais l'extension vers le haut est considérable envahissant tout l'orifice cervico-médiastinal.

Toute idée d'exérese totale doit être abandonnée.

Suites opératoires satisfaisantes.

- Juil. Août 53 : Le malade fait 60 séances de radiothérapie.

Apparition de deux greffes pariétales du volume d'un oeuf de pigeon.

La masse néoplasique a légèrement diminuée.

- Fin 1953 :

Le malade se cachectise progressivement, cependant que de multiples greffes néoplasiques thoraciques pariétales en particulier apparaissent.

- Décès fin novembre 53.

- Anatomie pathologique :

épithélioma pulmonaire.

- Remarques :

Intérêt de cette observation : cancer du poulmon ayant envahi la paroi et l'orifice cervico médiastinal.

OBSERVATION XIV .

Verg.....

homme 60 ans.

- Janvier 53 :

Début de l'histoire clinique par une hémoptysie.

Radiographie montre une masse L.S.G.

Bronchoscopie normale.

L'examen de sécrétions aspirées montre la présence de cellules néoplasiques affirmant un cancer épidermoïde.

Traitement antibiotiques et androgènes . Une série d'examens ne permet pas de trouver de localisation digestive ou urinaire, non plus que vertébrale, le malade ayant souffert d'une sciatique en Déc. 1952.

- Mai 53 : A l'examen :

Aspect général satisfaisant.

Toutefois le malade se plaint d'un syndrome douloureux axillaire gauche.

Un nouvel examen des sécrétions bronchiques confirme la présence de cellules de type malpighien, certaines squameuses, beaucoup ayant un aspect nettement tumoral.

La V.S. est accélérée :

1/2	1	2	3
10	42	83	90

Les examens préopératoires ne montrent pas d'autres anomalies.

- Compte rendu opératoire : 2.6.53.

Thoracotomie par résection de 7

Lobe inf. et scissure libres. Volumineuse tumeur occupant le segment ventral du lobe sup. Pas de clivage pariétal possible. On constate d'ailleurs que la

paroi est envahie et qu'il existe une tumeur extra-pariétale sur les 4ème et 5ème espaces.

Résection pariétale enlevant les 6ème, 5ème, 4ème et 3ème côtes et les espaces correspondants. La section du 3ème espace semble porter sur du tissu pathologique.

Lobectomie supérieure aisée et typique.

Il existe une couronne de ganglions noirs et durs autour de la bronche lobaire supérieure. Une recoupe bronchique enlève toute cette couronne, sauf 2 petits ganglions inclus dans la paroi du tronc de l'artère.

Suture bronchique par 7 spéchilons. Enfoûissement par suture du péricarde à la face postérieure du tronc bronchique.

Spéchilon sur le moignon, bonne réexpansion du lobe inf.

Hémostase

1 drain post. inf., 1 drain antéro. sup.

Fermeture :

- réinsertion de la couche musculaire profonde au 7ème espace et à la masse sacro-lombaire. Suture en paletot à la lèvre inf. de la couche musculaire profonde.

Intervention assez hémorragique , 1200 g. de sang. Malade toujours bien compensé.

Réveil sur la table.

Lobectomie sup. gauche et chestwall bloc résett.
Intervention longue et hémorragique.

- Suites opératoires :

Sans incident notable, hormis une poussée d'hypercoagulabilité jointe à quelques manifestations inflammatoires au niveau d'une plaie jambière où était installée une perfusion opératoire.

Le traitement anticoagulant permet de rester maître de la situation.

- Anatomie pathologique : Dr. P. RENAULT.

Tumeur pulmonaire périphérique et pariéto-thoracique.
Résection du L.S.G. Résection associée de la paroi
en regard.

Etude de la pièce :

Tumeur pulmonaire périphérique à propagation large
pariéto-thoracique directe.

La tumeur siège dans le segment supérieur de la
lingula, formant une grosse masse arrondie de
la taille d'un oeuf de poule à limite externe
nette ; en fait, la tumeur est à cheval sur le
poumon et la paroi ; ses 2/3 internes sont intra-
parenchymateux, le tiers externe a envahi la
paroi thoracique qu'il traverse dans toute son
épaisseur au niveau de l'espace intercostal, ren-
geant les deux côtes supérieure et inférieure,
s'élevant en dehors l'aponévrose externe.

La tumeur est légèrement excavée à sa partie anté-
rieure, tout le reste est fait d'un tissu blaâ-
châtre et homogène.

Il n'y a pas de propagation bronchique en dedans.
En dehors, le tissu tumoral reste séparé de la
plèvre par une couronne d'adhérences fibreuses ;
aucun ganglion n'a été trouvé sur la pièce, ni
au voisinage du hile lobaire, ni dans la paroi.

Le reste du parenchyme lobaire est normal.

- Histologie :

Epithélioma malpighien spino-cellulaire, de struc-
ture homogène, fait de gros lobules juxtaposés
au sein d'un stroma fibreux dense.

Dans chaque lobule on trouve une différenciation
squameuse bien nette et le centre de chacun
d'eux est fait d'une substance granuleuse anhisto.

Conclusion :

La différenciation malpighienne de cette tumeur
est dans l'ensemble si parfaite qu'on peut se
demander s'il s'agit bien là d'une tumeur pri-
mitive. :

Il n'y a pas d'envahissement pleural :

La paroi thoracique a été étudiée spécialement
l'invasion est partout franche, sans aucune

tendance infiltrative à la périphérie : partout dans cette tumeur du reste, les limites histologiques sont identiques aux limites macroscopiques.

Un ganglion juxta-bronchique, situé au niveau du carrefour a été trouvé normal.

L'ensemble du parenchyme du lobe est normal.

Néanmoins rien ne permet d'affirmer le contraire.

- Février 55 :

Récidive locale pariétale. Monte des noyaux sous l'action de l'actinomycine.

- Remarques :

Intérêt de cette observation :

Précocité de l'invasion pariétale qui entraîne une symptomatologie douloureuse axillaire.

OBSERVATION XV .

Félix AGO.... 49 ans.

- Antécédents : Pleurite, colibacillose, dyspepsie (pas d'ictère) spécificité ancienne.

- Janvier 54 :

Syndromes douloureux de la base droite. Douleur permanente avec crises aiguës . L'examen radioscopique montre une petite opacité.

Un examen ultérieur plus complet de celle-ci montre :

- . une opacité pulmonaire au niveau de la périphérie du L.I.
- . un minime épanchement dans le cul de sac.
- . une atteinte costale destructive.

Par ailleurs douleurs de l'hypochondre gauche; des clichés coliques ne révèlent rien d'anormal .

Expectoration abondante : 30.40 crachats par jour muqueux, flore variée surtout entérocoques . Pas de B.A.A. résistants.

Dès ce moment le diagnostic est orienté vers un cancer du poumon périphérique avec envahissement pariétal ou vers une tumeur pariétale propagée au poumon .

Des examens complémentaires sont entrepris.

bronchoscopie : 6.3.54 qui montre un rétrécissement global de la 1/2 distale de la Br. souche G. par infiltration de la paroi bronchique.

Muqueuse pâle, impression de rigidité;
Pas de saignement, pas de bourgeon.

On ne peut accéder à la terminaison de la br. souche G.

En conclusion : argument en faveur d'un épithélioma .

- Liquide pleural 10.3.54

pdv altérés
cellules macrophagiques
présence de quelques cellules à noyau hyperchroma-
tique irrégulier et parfois volumineux, le plus
souvent isolées.

En conclusion : frottis en faveur épithélioma surinfecté.

- 24.3.54 : biopsie costale :

Absence de tissu osseux.
présence au sein d'un tissu fibreux de nombreuses
cellules épithéliomateuses disposées soit en amas
plus ou moins volumineux soit en courtes travées.

Ces cellules cylindro-cubiques ou polyédriques ont
rarement une disposition pseudo-acineuse ; un cer-
tain nombre d'entre elles ont un cytoplasme chro-
mophile.

De plus on note :

quelques ilots nécrotiques
de nombreuses atypies nucléaires et mitoses.

En conclusion : métastase d'un épi. p.é. d'origine
glandulaire ou rénale , il est impossible d'en
préciser avec certitude l'origine étant donné
l'aspect atypique de son architecture.

Le résultat de la biopsie costale donne une nouvelle
orientation au diagnostic auquel une exploration
rénale complète n'apporte cependant pas de con-
firmation.

On décide une thoracotomie exploratrice .

Les examens pré-opératoires ne notent rien de très
particulier hormis toutefois :

une V.S. très accélérée :

1/2	1	2	3
39	89	108	111

un hémogramme rouge normal, une leucocytose nor-
male avec lymphocytose.

L'installation en quatre mois d'un hypocratisme
digital important

E.G. normal.

- Intervention le 27.4.54 Dr. H. Le BRIGAND.

Au niveau de l'incision de biopsie il paraît y avoir un envahissement tumoral du tissu cellulaire sous cutané.

On excise largement de part et d'autre de l'incision.

Incision : postérieure sur le trajet de la 7ème côte
: en avant vient se terminer à hauteur du
cartilage de la 8ème côte.

Excision des muscles autour de la tumeur pariétale .

Réséction de l'arc post. de la 7ème côte .

La plèvre est libre.

Il n'y a pas d'adhérence entre le L.I. et la tumeur pariétale.

On enlève la tumeur pariétale en bloc en réséquant les
arcs moyens et antérieurs des 7.8.9 côtes.

L'exploration du poumon montre que la scissure est
libre. Il existe dans le L.I. une masse qui occupe
la face périphérique du segment basal externe, elle
déprime la séreuse, elle se prolonge vers le pédic-
ule lobaire inf. par un tractus épais. L'explora-
tion du fond de la scissure montre une infiltration
périfonchique importante.

De plus, il existe plusieurs noyaux néoplasiques dans
le L.S. et une importante infiltration autour de la
B.S.G. Une pneumonectomie paraît seule possible.

La dissection du pédicule est rendue difficile par une
importante réaction cellulo-ganglionnaire qui semble
en pleine poussée extensive.

De plus existence de chaînes lympho-ganglionnaires
d'une dureté ligneuse.

L'artère pulmonaire n'est dissécable que sur quelques
millimètres à partir de son origine, immédiatement
au ras de l'implantation du ligament artériel.

Section de la bronche supérieure gauche sous la crosse
de l'aorte . Ablation de 3 ganglions médiastinaux

Le péri-œsophage semble envahi par le processus cel-
lulo-ganglionnaire.

La fermeture de la paroi pose un problème assez diffi-
cile.

Section à leur partie moyenne des 5 et 6^{ème} côtes et abaissement du bloc ainsi obtenu vers la brèche ouverte par l'ablation de la tumeur pariétale. Comblement de la partie antéro-inférieure de la brèche par suture du diaphragme au bord inférieur de la 6^{ème} côte et à l'extrémité antérieure des 7 et 8^{ème} espaces sectionnés à leur partie moyenne.

Suture des 2 plans musculaires sur la moitié postérieure de la cicatrice.

On obtient une fermeture étanche .

- Suites opératoires satisfaisantes :
sans incident.

La convalescence se poursuit régulièrement. Le malade restant toutefois assez intoxiqué.

- Début juin :

amélioration sensible de l'E.G.
Syndrome douloureux de l'hémi-thorax gauche, la douleur répond très nettement au territoire des intercostaux lésés lors de la résection pariétale.

Douleurs de la cuisse gauche, une série de clichés osseux ne montrent aucune anomalie tant au niveau de la colonne dorsale que de la hanche.

- Anatomie pathologique : Dr. P. RENAULT.

I) Macro :

1- la tumeur costale : 8 cm. de long sur 4 cm. d'épaisseur.
Homogène, blanchâtre, centrée sur une côte qu'elle absorbe et détruit. Limites extérieure et intérieure nettes. Pas d'envahissement du tissu sous cutané.

Aucun envahissement de la plèvre pariétale .
Les 2 côtes adjacentes paraissent normales.

Il ne semble pas y avoir d'envahissement de la moelle centrale de la côte au-delà des limites de la tumeur.

2- Le poumon gauche :

plèvre viscérale normale .

Lobe inférieur diminué de volume, contient la masse tumorale arrondie, pleine. 4 cm. de diamètre sans coque périphérique, formée de

tissu homogène, dense, blanchâtre, analogue à celui de la tumeur costale.

Aucune connexion bronchique ne peut être décelée.

Cette masse n'est pas isolée, d'autres foyers tumoraux parsèment le L.I., l'un d'eux affecte le carrefour des bronches segmentaires : épaississement local de la paroi bronchique qui pousse un petit bourgeon dans la lumière.

D'autres foyers, de la taille de simples grains sont isolés, annexés semble-t-il à de petites bronches distales.

Un ganglion péribronchique au moins paraît certainement envahi.

Dans le L.S. un groupe de ganglions annexé au carrefour de division de la bronche segmentaire antérieure paraît suspect.

Etude histologique à l'ultrapak confirme le diagnostic d'épithélioma glandulaire peu différencié.

2) Micro. (dix prélèvements) :

1- foyers pulmonaires :

Grosses masses épithéliomateuses et traversées fines et dispersées selon les régions et la densité du stroma conjonctif. Les masses principales ont généralement un centre nécrosé.

Cellules petites cubiques à noyaux arrondis réguliers à faible indice mitotique. Non sécrétantes, ne dessinant nulle part de formation acineuse. C'est l'aspect typique d'un épithélioma anaplasique qu'on peut rattacher au type glandulaire.

Même aspect au niveau du foyer du L.S.

En dehors même des foyers de très nombreux canaux lymphatiques sont trouvés injectés par des boyaux tumoraux. (vahis.)

Les gg. médiastinaux extirpés sont entièrement en-

2- Tumeur costale massive, destructive.

Procède à sa périphérie par refoulement.

Sans tendance à s'infiltrer dans la moelle costale de voisinage.

Au point de vue histologique aspect absolument

identique.

Conclusion :

Envahissement tumoral mixte costale et pulmonaire qui semble s'être fait entièrement par voie lymphatique.

L'aspect de la tumeur épithéliomateuse n'est pas suffisamment différencié pour permettre l'identification de l'organe d'origine.

Le rein semble cependant pouvoir être éliminé.

Il paraît (d'après les éléments d'ordre général qu'on peut avoir sur ces envahissements pulmonaires d'ordre lymphatique) que le point d'origine le plus vraisemblable est le pancréas.

- Décès en septembre 1954.

- Remarques :

L'intérêt de cette observation est considérable car les difficultés d'assurer l'origine d'une tumeur métastatique y apparaissent clairement.

OBSERVATION XVI

DEM..... Henri

33 ans, Electricien

- Antécédents :

Diphthérie à 8 ans sans paralysie
angines récidivantes.

Père décédé : néoplasie du larynx
mère bien portante.

- Histoire de la maladie :

augmentation du poids : 20 kgs. en 2 ans alors que
s'installe au cours de l'année 1953 une asthénie
progressive.

Mars 53 : apparition d'une douleur parasternale droite
irradiant à l'épaule et au bras droit.
Pendant quelques jours : température à 38°5-39°

Thérapeutique antirhumatismale : Irgapyrine, réces-
sion incomplète. Mais apparition d'un syndrome dou-
loureux sciatique gauche.

Avril 53 : apparition d'un syndrome dyspnéique accom-
pagné d'une angine. Avec crise douloureuse nocturne.
Cède en 2-3 minutes mais il persiste un endolorisse-
ment.

Cuti positive le 7 Mai.

Le 14.4.55 :

Radio : scopie coupole droite aplatie, peu mobile,
sinus droit ne s'ouvre pas à l'inspiration,
pédicule vasculaire paraît élargi en position
frontale.

: graphie :
à droite ligne horizontale, à contours flous,
surmonte et noie la coupole droite. Disparition
du cul de sac droit.

L'image médiastinale est floue nettement élargie
débordant à droite surtout à sa partie haute.

A droite aucun aspect pouvant en imposer pour
un épanchement.

Le 27.4.53 : Nouvelles radio.

Face : même image.

Profil droit : montre que l'élargissement de la partie haute de l'ombre médiastinale est due à une opacité rétro manubriale.

De plus dans le cul de sac costo-diaphragmatique postérieur droit petite opacité en bande.

Le diagnostic d'une affection sanguine ou ganglionnaire est soulevé.

En Avril : augmentation de la douleur thoracique, empêche le malade de dormir couché sur le dos, avec gêne respiratoire.

De plus persistance d'une fièvre à 37°5., 38°2

Hospitalisation le 2.5.53.

2.5.53 : Examen :

Gêne respiratoire manifeste.

De plus zone de voussure dans la région para-sternale droite dans la zone jonction manubrium corps du sternum.

Circulation collatérale dans cette région.

L'infiltration génératrice de cette voussure atteint le plan profond et semble aussi intéresser le plan sous-cutané.

Reste d'examen normal. En particulier, les aires ganglionnaires jugulo carotidiennes, axillaires, inguinales ne montrent aucune adénopathie perceptible.

Hémato le 4.5.53 :

G.R. 4.370.000

G.B. 8.600 : Poly : N. 77%

Éo. 1%

Lympho : petits 1 %
 grands 6 %

mono : 5%

Hb. 85%

valeur globulaire : 0,97.

L'examen neurologique est normal, sauf très légère diminution de force musculaire, à gauche séquelle de crise sciatique.

Radios 3 Ombre médiane débordant nettement l'image sternale à droite en regard des 3 et 4 espaces inter-costaux droits.

Cette ombre de densité homogène semble s'inscrire sur le flanc du pédicule vasculaire de la V.C.S.

Aux examens ultérieurs l'ombre montre une image polylobée toujours antéro-latérale droite.

Du 17.5. au 9.6. Butazolidine I.M. et per os.

Persistance de la douleur, augmentation de la dyspnée, augmentation de la circulation collatérale, font pratiquer le 29.5. une bronchoscopie qui montre à droite et à gauche des aspects normaux. Examen O.R.L. normal.

On décide devant l'augmentation des divers éléments de ce syndrome de faire une intervention exploratrice locale.

Le 9.6.53 : Dr. LE BRIGAND : Compte rendu opératoire :

Incision sous claviculaire parallèle à la clavicule. Dès que la peau est incisée, on tombe sur une tumeur en gateau de semoule. On en prélève 3 fragments. Suintement hémorragique veineux +++. Spongel sur l'incision et fermeture par des Donati largement capitonnants.

Suites normales en particulier cicatrisation satisfaisante.

Anatomie-pathologique :

Biopsie montrée au Pr. DELARUE :

probabilité de lympho-granulomatose maligne.

Dr. PESTEL : fragments formés essentiellement de tissu conjonctif enserrant des blocs hyalinisés. Disposition architecturale anarchique avec par endroits des plages qui forment un lympho-granulome mais en aucun endroit on ne retrouve des cellules de Sternberg. La disposition du tissu, sa prolifération anarchique sont en faveur d'une tumeur maligne d'origine conjonctive.

Le 20.6.53 : malade mis en traitement par triéthylène-mélanine (3 1/2 comprimés par semaine). Produit bien toléré, poursuite du Traitement jusqu'au 25.9.53.

Amélioration fonctionnelle très nette dès les premières semaines, respiration plus libre, douleurs fortes. A ce traitement est associée la radiothérapie à doses progressives de 100 à 200 r. par séances, 3 fois par semaine,

Contrôle hémato : formules satisfaisantes.

Poids stable à 88.90 pour 1m72.

Au cours du traitement le 6.9.53 syndrome abdominal occlusif douloureux cède spontanément.
Lavement baryté : montre un remplissage régulier des anses, et une disposition curieuse donnant l'impression d'une compression.

V.S. le 4.5.53 : 1h. = 26 , 2h = 64

V.S. le 15.2.54 : 1h = 10 , 2h = 27 , 24 h = 78.

Urée : 0,45 g. le 4.5.53

17 céto le 5.5.53 : 11 mg./24 h.

Au cours 1954 :

formules sanguines :

leucocytose entre 4.000 et 5.000

G.R. : 4.400 à 4.600.000

Monocytes 5 à 13.

En Juillet 53 serait apparu un ganglion jugulaire droit gros comme un oeuf de pigeon.

Radiothérapie thoracique et sur ganglion jugulaire : amélioration.

Février 54 : Asthénie + douleur inguinale gauche.

18.2.54 : température à 38° , 38°5

Examen : pas de ganglions.

29.6.54 : Radio normale.

16.9.54 : Essoufflement, asthénie. Cuti négative.

23.11.54 : Petit épisode fébrile + asthénie.

Examen : pas d'adénopathie.

Février 1955 :

Clichés radiologiques. Leur examen attentif ne montre plus aucune des images reconnues auparavant;

- Remarque :

La symptomatologie à son début, douloureuse ; a égaré le diagnostic, elle aurait pu faire évoquer une tumeur pariétale vraie. La dyspnée a été l'élément révélateur confirmé par la radiographie puis la biopsie.

OBSERVATION XVII

Esté.... femme 20 ans.

- 1943 : ganglions paravertébraux gauche, 6 mois de repos, ultérieurement cuti négative.
- Septembre 1954 : point douloureux scapulaire gauche, accru à l'inspiration et à l'effort.
Pas d'altération de l'état général.
- Novembre 1954 :

Découverte d'une image suspecte à l'occasion d'un examen systématique,

L'exploration radiographique montre une vaste tumeur intrathoracique. Cette image n'existait pas l'année précédente, ce qui suggère un potentiel évolutif très anormal.

Rachis normal, pas de modification des pédicules.

- 13.2.55 :

apparition d'une douleur en ceinture au niveau de D8

- 14.2.55 : app

apparition brutale d'un syndrome de section au niveau du 4ème dermatome dorsal avec limite supérieure nette. Paraplégie flasque.

- 15.2.55 : Persistance du syndrome douloureux.

Rétention des urines.

Arrêt du transit intestinal.

Troubles de la sensibilité.

Anesthésie, tact, douleur, chaleur des 2 membres inférieurs, et de l'abdomen.

Limite supérieure horizontale passe au-dessus de l'ombilic.

Au-dessus, zone de dissociation thermo-algésique étendue de la zone médiane au pôle inférieur du sein gauche.

Abolition des réflexes rotulien et Achillien,

Abolition des réflexes abdominaux et des cutanés plantaires. Phénomène du triple retrait à gauche.

Ces phénomènes font suspecter une atteinte en D8

L'image de la masse pulmonaire, qui se projette sur les clichés de face sur un espace entre le 4ème et le 7 arc costal postérieur, ne paraît devoir entraîner une compression que nettement plus haute.

On pense à une métastase. Toutefois, celle-ci n'aurait pas donné une paraplégie d'installation brutale.

L.C.R. : Hyper-albuminose.

L'injection rachidienne de lipiodol montre :

: injecté par en bas : ne peut glisser vers la région comprimée, peut-être en raison d'un assèchement sous lésionnel provoqué par une première ponction lombaire.

: injecté par voie sous occipitale : arrêt en poigne, réalisant l'aspect des tumeurs extra-durales.

Bronchoscopie : gênée par un pyramo-médiastin créé la veille. Elle montre une bronche souche droite refoulée en avant par une compression postérieure. Pas d'anomalie muqueuse.

On pense devant cette masse à localisation paravertébrale, bilobée à un neurinôme ou plutôt à un sympathoblastome.

- 17.2.55 : Laminectomie sur trois vertèbres : montre une tumeur extra-durale postérieure à la moelle qui se prolonge latéralement et vers la gauche en se poursuivant le long des racines, au moins sur deux trous de conjugaison.

Tumeur molle, nécrotique, encéphaloïde, très hémorragique.

Exérèse complète illusoire. Malignité évidente, affirmée par l'aspect local.

- Diagnostic histologique :

Sympathoblastôme.

- Suites opératoires satisfaisantes ; radiothérapie.

- le 3.3.55 :

Réapparition de réflexes d'automatismes médullaires.

Possibilité de quelques petits mouvements très limités.

- V.S. le 2.2.55 : 1h = 11, 2h = 31, 24h = 103.

- Remarque :

Nous avons retenu cette observation car elle entre, par son origine sympathique, dans les limites anatomiques que nous avons données au cadre des tumeurs pariétales.

Elle est remarquable par le type de son évolution, à orientation rachidienne importante, ainsi que par la symptomatologie à laquelle elle a donné naissance.

CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

DIAGNOSTIC POSITIF ET DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.

Circonstances de découverte :

Elles se résument à trois aspects essentiels :

1) Il peut s'agir d'un tableau évident de tumeur pariétale associant :

- une tuméfaction petite, profonde, limitée, seulement palpable ou bien volumineuse, étendue, soulevant le revêtement cutané.
- des phénomènes douloureux de type variés, caractérisés essentiellement par leur persistance.
- une dyspnée, une chute de l'état général.

L'attention est franchement attirée :

le malade inquieté,
le médecin alerté.

2) Plus souvent au début les symptômes procèdent de façon isolée d'où l'importance d'une analyse séméiologique rigoureuse et attentive :

a) Les manifestations douloureuses paraissent être le plus régulièrement les premières en date.

Le plus souvent du type névralgique le plus banal (intercostal, axillaire, mamelonnaire, parfois brachial voire même anti-rachial).

Douleur plus ou moins intermittente facilement calmée par tout antalgique, elle n'inquiètera que par sa répétition, sa fixité.

Les douleurs permanentes, térébrantes, répondant à de rares exceptions près à des aspects déjà très évolués.

b) L'existence d'une tuméfaction fortuitement découverte.
Rarement symptôme isolé.

Cette découverte est cependant assez rare au tout

début malgré la facile exploration de larges segments des arcs costaux.

c) Manifestations respiratoires :

- dyspnée surtout, rarement très importante et de caractères très divers,
- toux : exceptionnelle
- épanchement pleural, rencontré environ une fois sur 10 ou 15.

Habituellement récidivant.

Volontier hématique, plutôt que vraiment hémorragique.

Le cas des formations reconnues et considérées comme bénignes : chondromes et exostoses ostéogéniques, pose un problème particulier.

Les chondromes, au premier chef, dont on sait la difficulté d'assurer le diagnostic histologique de bénignité doivent faire l'objet ou bien d'une cure radicale de principe, ou bien d'une surveillance stricte prête à reconnaître le plus tôt possible toute modification que l'on considèrera à priori comme de pronostic fâcheux. Nous verrons à l'étude particulière des chondro-sarcomes quels critères histologiques ont été proposés en faveur de la malignité.

Tout phénomène douloureux, toute modification de volume, de forme, de consistance, d'aspect radiologique doit conduire le plus rapidement possible à l'acte opératoire. On sait d'ailleurs que la transformation maligne rencontrée très rarement dans les chondrômes des extrémités est au contraire beaucoup plus fréquente au niveau des os du tronc et des gros os des membres.

Il doit en aller de même, quoique à un moindre degré des exostoses ostéogéniques dont la couche cartilagineuse donne parfois naissance à une tumeur chondro-sarcomateuse.

Ceci nous amène à envisager un éventuel diagnostic différentiel clinique de malignité, où plus exactement quels critères cliniques pourraient être assez sûrs pour affirmer la bénignité.

On peut poser qu'il n'y en a pas. La stabilité lésionnelle l'absence de modification est certes un solide argument mais son appréciation fine est bien difficile et trop approchée pour permettre de saisir le moment exact non pas même de la dégénérescence, de la transformation

maligne, ("le virage") notion d'ailleurs vague, mais seulement le moment du premier signe clinique.

Cette notion d'incertitude clinique, jointe habituellement à l'hésitation du diagnostic histologique marque bien la réserve extrême avec laquelle doivent être considérés les chondromes et exostoses ostéogéniques costales.

3) Enfin, la tumeur latente, découverte fortuite d'un examen radiologique systématique.

La fréquence de cette éventualité se marque proportionnellement aussi bien pour les tumeurs de la paroi que pour les néoplasies pulmonaires.

Un interrogatoire minutieux pourra alors permettre de retrouver un ou plusieurs symptômes restés inaperçus ou négligés par le malade.

- petit épisode douloureux,
- légère asthénie,
- gêne à certains mouvements.

4) Enfin, il convient de faire une place à part au groupement symptomatique du syndrome de Pancoast et Tobias que réalisent aussi bien les tumeurs de l'apex pulmonaire que les tumeurs extra-pleurales des tissus péri-apicaux.

Habituellement conjonctives développées au niveau de la fossette sus et rétro-pleurale, mais aussi sympathome, schwannome, ainsi d'ailleurs que métastatiques enfin branchiale comme certains auteurs l'ont montré.

Ce syndrome qu'on a appelé syndrome des tumeurs malignes apicales, doit entrer dans le cadre de notre étude même si nous devons lui réserver une place particulière. Il entre dans le cadre topographique anatomique et histologique que nous avons limité, il participe aux mêmes nécessités diagnostiques et thérapeutiques.

1- Le syndrome de P. et T. Elements cliniques :

Essentiellement symptomatologie neurologique douloureuse, à topographie radiculaire C8 D1 avec participation des 2ème et 3ème intercostaux.

Les troubles sensitifs ne sont pas constants à type hyper ou hypo esthésique.

Les troubles moteurs et trophiques sont très tardifs.

Par contre les troubles sympathiques sont constamment associés réalisant un syndrome de Claude Bernard Horner.

2- Le tableau radiologique :

Comporte des éléments associés ou non avec deux ordres de signes :

- a) opacité pleurale ou pleuro-pulmonaire,
 - plus ou moins importante,
 - coiffant l'apex
 - qu'on a décrit en bande, en croissant ou au contraire plus nettement arrondie, "tumorale".
 - l'examen contro-latéral comparatif permettra d'en soupçonner un aspect minime ainsi que les examens tomographiques et les incidences obliques et transverses.
- b) aspects de destruction osseuse vertébrale : corps, pédicule et apophyse transverse; ou costale. L'ostéolyse costale est l'élément capital, il signe l'origine tumorale de l'opacité apexienne.

Le diagnostic différentiel pourra être délicat, il ne se hâtera pas d'évoquer :

une pachypleurite apicale,
ou une infiltration lobaire supérieure, en particulier du lobe azygos à droite.

En conclusion au chapitre circonstances de découverte, nous avons vu la constance et la précocité habituelle des phénomènes douloureux, précédant largement l'apparition des manifestations tumorales.

Or les publications ainsi que nos observations mettent bien en relief, au stade des premières manifestations douloureuses la fréquence des erreurs de diagnostic sinon même l'absence de diagnostic.

Une question vient à l'esprit : le diagnostic pourrait-il être poussé plus avant et sur quels arguments se fonderait-il pour proposer et assurer l'hypothèse d'une tumeur pariétale débutante ?

On peut affirmer : l'impuissance de la seule clinique et la primauté de l'examen radiologique soit déjà affirmatif à lui seul, soit conduisant le prélèvement biopsique ou l'intervention exploratrice avec contrôle histologique extemporané.

C'est dire la nécessité d'une technique radiologique minutieuse :

il ne faudra pas se contenter d'un simple cliché des 2 champs pulmonaires de face, mais le compléter par d'autres clichés centrés sur les régions où ont été localisées les phénomènes douloureux et sur les zones où les trajets nerveux peuvent être altérés .

il faudra : diversifier les incidences ,
exiger une qualité technique telle qu'elle permette l'examen précis de la trame osseuse,
avoir recours aux coupes sériées.

La facilité actuelle des examens radiologiques au moins dans les centres urbains, devrait permettre à tout ce qui est étiqueté "névralgie intercostale traînante" d'être l'objet d'un examen radiographique.

Les aspects que l'on pourra rencontrer sont très variables, d'un cas à l'autre, mais ressortissent à deux éléments simples :

- plage de densité différente contrastant avec celle des tissus avoisinants,

.. modifications de trame ou de contour d'une silhouette osseuse.

A partir de ces deux éléments plus ou moins importants, associés ou non se construiront tous les aspects possibles dont les variantes descriptives imagées sont d'intérêt restreint.

L'anomalie pariétale affirmée, il reste deux notions capitales à préciser :

1- son origine tumorale,

2- son origine tumorale locale

Ceci nous amène à préciser les divers éléments du diagnostic différentiel.

Dans un certain nombre de cas on pourra affirmer la nature tumorale après avoir éliminé :

A/ Une autre affection pariétale primitive :

- un hématome pariétal ou sous pleural
- les séquelles de pachypleurite d'une pleurésie enkystée axillaire ou basale.
- une calcification pleurale,
- une ostéomyélite costale,
- un abcès pariétal tuberculeux ou à pyogène banaux
- une ostéite tuberculeuse, typhique ou à cocci banaux
- une ostéite méliococcique,
- un processus syphilitique : gomme pariétale ou ostéite syphilitique.
- une formation kystique à échinocoques.
- Enfin, un cancer de la plèvre :

nous allons grouper ici l'ensemble de son diagnostic différentiel.

Le cancer de la plèvre a fait l'objet depuis une quinzaine d'années d'études nombreuses et il constitue actuellement un chapitre de pathologie chirurgicale solidement étayé par les discussions auxquelles son histo-genèse a donné lieu. Il a retenu l'attention des cliniciens et des anatomistes au-delà de ce que sa seule importance numérique aurait autorisé.

Histo-genèse le rattachant tantôt au cadre général des endothéliomes par les proliférations qui seraient nées du revêtement endothélial différencié, tantôt à des proliférations nées aux dépens des revêtements vasculaires ou lymphatiques sous pleuraux.

Ces discussions ont trouvé leur terme quand les méthodes de culture des tissus eurent montré :

d'une part le polymorphisme évolutif des cellules de revêtement coelomique,

d'autre part les diverses possibilités de différenciation des cultures obtenues à partir de tissus pleuraux normaux ou tumoraux

Le meilleur critère que l'on pourra garder pour porter un diagnostic plus ou moins affirmatif en faveur de cancer pleural sera la présence de zones d'aspect kystique revêtues d'assise cellulaire de type endothélial et l'existence éventuelle d'un certain polymorphisme architectural et cellulaire pouvant faire évoquer une différenciation épithéliale ou glandulaire.

Aspect que ne doit pas réaliser une néoformation costale ou musculaire.

Toutefois, les fibro-sarcomes pariétaux dont le développement peut se faire aussi bien vers l'extérieur que vers la cavité thoracique, avec des aspects histologiques dont on sait le polymorphisme, devront prêter à discussion.

Quels seront par ailleurs les arguments cliniques en faveur du cancer pleural ?

On sait que typiquement il réalise deux formes caractérisées :

d'une part : les endothéliomes, les plus fréquents, processus envahissant en nappe, par étalement les feuillets de la séreuse.

d'autre part : des sarcomes globes ou fusocellulaires réalisant une prolifération beaucoup plus nettement localisée et limitée.

Un diagnostic étiologique d'opacité radiologique limitée et reconnue pariétale se poserait donc schématiquement entre tumeur pariétale et sarcome pleural pariétal.

Mais les observations de tumeurs pleurales soulignent la fréquence des formes de passages et par conséquent les incertitudes du diagnostic qui donnent la place primordiale à l'acte chirurgical geste tout aussi essentiel, dans l'éventualité d'une tumeur pariétale vraie.

B/ Une néoformation pariétale reconnue tumorale, il reste à reconnaître son origine locale et non métastatique.

Pour éliminer :

1- les envahissements tumoraux pariétaux par continuité :

- d'une tumeur intraspinale rare,
- d'une tumeur thyroïdienne exceptionnelle,

- d'une tumeur sous-diaphragmatique, estomac, foie, pancréas.

- d'une tumeur médiastinale :

- . soit dysembryome médiastinal,
- . soit tumeur thymique,
- . soit tumeur péricardique.

tous processus rares,

ou au contraire de deux autres :

- . d'une part les localisations médiastinales des hémoréticulopathies,
- . d'autre part et surtout la propagation pariétale d'une néoplasie broncho-pulmonaire primitive ou secondaire.

Pour éliminer :

- 2- Une métastase pariétale d'un cancer ostéophile dont on sait la relative fréquence.

Pour assurer la progression des étapes successives du diagnostic l'on aura recours à un certain nombre d'exams :

Dans tous les cas des exams cliniques et radiologiques,

=====
génétaux, urinaires, digestifs, seront pratiqués à la recherche d'une localisation primitive cliniquement latente.

L'examen histologique de la pièce opératoire thoracique est bien souvent incapable de retrouver l'origine.

L'examen sera complété par divers exams qui dans tel et tel cas particulier auront leur place et leur valeur.

1- Laboratoire :

- hémogramme
- V.S. : constamment augmentée dans les tumeurs pariétales primitives.
- B.W.
- Dosages de la calcémie, des phosphatases, des protides,
- recherche de l'albuminurie de Bence-Jones
- Myélogramme.

- réaction de Casoni et test cutanés aux antigènes parasitaires,

etc....

2- Cliniques :

- bronchoscopie et éventuellement bronchographie
- pneumothorax diagnostica et endo-scopie pleurale; il est habituel de les citer; mais ce n'est que très exceptionnellement qu'on y a encore recours.
- examen cardiaque,
- exploration des différents organes hématopoïétiques,
- bilan endocrinien éventuellement.

3- Radiologiques :

- Tomographies en coupes sagittales et éventuellement transversales,
- radio kymographie
- opacification trachéale et oesophagienne
- angio-cardio-pneumographie.

Enfin, le prélèvement biopsique d'un élément suspect est un geste qui paraît ne jamais devoir être regretté, hémorragie et infection ne se rencontrant pratiquement pas.

Quant au risque de dissémination il n'est pas prouvé et ne peut en tout cas être mis en balance avec l'importance d'un diagnostic précoce certain.

Il convient de souligner son importance particulière dans les hémoréticulopathies où elle conduit à rejeter l'acte opératoire inutile au profit de la radio et de la chimiothérapie.

(une de nos observations (n°16) souligne bien cet aspect).

Le test au Gallium :

Au nombre des éléments du diagnostic différentiel qui permettraient de faire la preuve d'un processus métaplasique osseux, un test nouveau est récemment apparu, le test au gallium 72.

Le test est fondé sur la particularité qu'a le Gallium 72 de présenter une affinité considérable pour le tissu osseux, affinité proportionnelle à l'activité karyokinétique du tissu.

Le test permettrait donc de reconnaître une activité ostéoblastique anarchique primitive.

Toutefois, il semble être aussi positif dans le cas de métastase osseuse d'une quelconque néoplasie.

Le test permettrait d'affirmer ou d'infirmer le caractère de malignité d'une lésion déjà reconnue. Peut-être aussi de repérer et de limiter des zones au niveau desquelles les examens cliniques ou radiologiques n'ont pas décelé d'activité anormale.

H. DESGREY et ses collaborateurs (Presse médicale 26 juin 1954, bibliographie) ont publié 17 observations pour lesquelles ils ont utilisé le test. Au nombre de celles-ci un myxosarcome pulmonaire ayant déterminé des métastases costales sternale et vertébrale.

Le test était négatif dans les lésions osseuses inflammatoires, et dans les métaplasies bénignes :

périostite condensante
hématome sous périoste
ostéome.

Il semble que la spécificité du test à l'égard des lésions osseuses, soit discutable.

Ainsi l'observation 8 des auteurs :

épithélioma bronchique : "une fixation anormale du ^{72}Ga est relevée au niveau du col fémoral droit sur la région hépatique et au niveau du poulmon lui-même".

Le test est positif au niveau d'une métastase hépatique d'un épithélioma bronchique.

Il y a là un aspect discordant que des études ultérieures ne manqueront pas de préciser.

Il n'en reste pas moins que la voie ouverte par l'emploi des isotopes radio-actifs pourra être féconde.

En conclusion à ce chapitre : diagnostic positif et diagnostic différentiel on peut dire que :

- dans le plus grand nombre des cas le diagnostic topographique de lésion pariétale peut être facilement assuré.

- dans la plupart des cas également on peut affirmer la très grande probabilité de lésion pariétale primitive.

Enfin, dans le cas pratiquement assez fréquent de lésion pariéto-pulmonaire, quelle qu'ait été la structure la première en cause, l'exérèse des deux éléments en bloc aujourd'hui réalisable, retire beaucoup de son importance à une distinction souvent difficile.

Reste à envisager sur quelles bases peut se fonder un diagnostic histologique pré-opératoire.

Nous préciserons ces données en passant en revue les différents types de tumeur pariétale qui ont été décrits après avoir noté quelques caractères statistiques généraux.

QUELQUES DONNEES GENERALES

Age d'apparition :

Les limites extrêmes couvrent celles de la vie humaine.

Un cas récent rapporté par MM. RAVITCH and HANDELSMAN au Symposium of Pediatric surgery, Oct. 52, concerne un enfant qui présentait à sa naissance une petite tumeur pariétale du volume d'une cerise, située à gauche, le long du sternum. Une exérèse limitée on est faite à l'âge de 9 mois.

Trois mois plus tard récurrence qui ne sera opérée qu'à 2 ans, alors que la tumeur a atteint un volume considérable: 10 x 10, adhère à la paroi et à la peau, est étendue du 3ème espace en haut à la 12ème côte en bas et du bord droit du sternum à la ligne axillaire antérieure gauche.

Une exérèse en bloc enlève 5 côtes et le sternum, débordant même sur le côté opposé.

Il s'agissait d'un chondro-sarcome.

Deux ans plus tard, décès per-opératoire par hémorragie cérébrale à l'occasion d'un essai de plastie pariétale.

L'enfant ne présentait pas de récurrence.

Ce cas est certes exceptionnel, mais montre bien un des aspects des multiples conditions étiologiques du cancer.

La courbe globale des divers types de néoplasmes de la paroi thoracique se superpose à la courbe générale des néoplasmes dont le tracé présente une ascension rapide vers 35-40 ans et un maximum de 55 à 60 ans âge à partir duquel elle redescend rapidement.

Les divers types histologiques présentent cette courbe de fréquence hormis celui de la tumeur d'Ewing dont les localisations costales se rencontrent comme au niveau des autres os surtout chez les adolescents et les adultes jeunes.

Les 2/3 des cas apparaissent de 10 à 20 ans.

La rapidité évolutive, la durée des symptômes avant la consultation.

Certains auteurs se sont attachés à relever la longueur de la période au cours de laquelle les signes étaient assez minimes pour ne pas inquiéter le malade et l'inciter à consulter, et ont voulu mettre ces durées en parallèle avec la nature histologique.

C'est là une notion bien vague et les résultats obtenus paraissent de valeur très discutables ne serait-ce que parce qu'ils sont obtenus à partir de population statistiquement au maximum de l'hétérogénéité.

Il est facile de prévoir qu'un intellectuel inquiet sera préoccupé bien avant un manuel dur à la tâche et à la douleur et que l'élément de rapidité évolutive trouve là une contrepartie dominante.

Enfin, on sait combien un interrogatoire insistant et tenace permet de retrouver des faits passés inaperçus ou depuis longtemps oubliés.

Types histologiques des tumeurs pariétales malignes :

- Chondrosarcomes :

= représentent 1/3 des cas des tumeurs primitives des côtes.

= 2/3 des cas de 32 à 60 ans, donc tumeurs de l'adulte.

= Cliniquement pas de caractères particuliers sinon leur siège de prédilection au niveau ou près du cartilage costal.

= Radiologiquement : juxtaposition de zones de densités différentes.

Très souvent à peine visible.

= Histologiquement :

Fait capital, le diagnostic anatomo-pathologique ne peut et donc ne doit jamais être considéré comme catégorique.

D'une part dans une même pièce, à des niveaux de coupe différents se rencontrent aussi bien des aspects bénins que malins,

d'autre part l'évolution ultérieure après excision d'une tumeur qui n'aura donné que des aspects de bénignité peut comporter l'appar-

rition de récidives histologiquement malignes.

O'Neal reprend dans son étude les critères de malignité donnés par Jaffé et Lichtenstein :

au niveau des parties tumorales en croissance active :

- fréquence de cellules à noyau volumineux,
- présence de cellules binuclées,
- cellules cartilagineuses géantes avec éléments nucléaires anormaux

soit en amas chromatiques,
soit en noyaux multiples.

La transformation ou mieux l'évolution maligne des chondrômes se rencontre volontiers au niveau des os du tronc.

Elle a pu être observée après plusieurs interventions successives présentant encore malgré ces récidives des caractères histologiques de bénignité.

On peut retenir comme meilleur critère d'évolution maligne l'apparition d'un syndrome douloureux ou d'une poussée proliférative d'une tumeur jusqu' alors silencieuse et de volume stable.

Enfin certains auteurs ont insisté à juste raison sur ce fait : les observations de tumeurs chondrosarcomateuses classées comme bénigne mais dont le recul, après biopsie ou intervention n'est pas largement supérieur à cinq ans, doivent à priori rester suspectes.

- Endothéliomes - Sarcome d'Ewing :

= Représentent 25% des tumeurs malignes primitives des côtes.

= tumeur des sujets jeunes :

70% des cas de 10 à 20 ans
90% des cas de 5 à 25 ans.

= Cliniquement marquée par :

: la fréquence d'une évolution rapide qui peut en imposer pour un processus infectieux ostéomyélique par exemple.

: la limitation fréquente à une seule côte.

= l'aspect radiologique est assez souvent caractéristique avec :

- : extension aux zones médullaires.
- : ou bien élargissement du canal médullaire et épaississement d'une corticale boursoufflée, parfois stratifiée (aspect en pelure d'oignon) la tumeur restant sous périostée paraît encapsulée.

= l'aspect histologique présente des caractères stables qui permet un diagnostic facile.

C'est le seul cas avec le lymphosarcome et la maladie de Hodgkin où le traitement radiothérapique peut être mis en compétition avec la cure chirurgicale, encore que leur association présente peut-être la solution à préférer.

+ Fibrosarcome :

- = 12% des tumeurs malignes primitives des côtes,
- = très large éventail des âges sans prédominance caractéristique,
- = développement peut-être plus fréquent au niveau de la jonction chondro-costale.

Au niveau des os, on en décrit deux formes :

- : centrale, donnant une lyse osseuse rapide,
- : périphérique refoulant les tissus avoisinants et créant rapidement un processus tumoral.

Hormis le cas du développement osseux central à condition toutefois qu'il soit découvert précocement, il est impossible d'affirmer quel a pu être le point de départ exact.

= Histologiquement :

La malignité paraît fonction de la différenciation cellulaire. Les formes dites à grains d'avoine peu différenciées, étant de plus fâcheux pronostic.

- Sarcôme ostéogénique :

- = 6% des tumeurs malignes primitives des côtes.
- = cliniquement : grande dureté, parfois aspect bosselé
et points douloureux.
- = radiologiquement :
 - : grande densité, opacités osseuses parfois présence de spicules
 - : fréquence de processus ostéolytiques concomitants.
- = Histologiquement :

On en décrit deux types macroscopiques selon que le point de départ serait sous périoste ou au contraire au niveau de la zone osseuse centrale. Cette distinction a peu de valeur au niveau des côtes.

On en décrit deux types histologiques dont l'intérêt est plus certain :

une forme "lytique", et une forme sclérosante, la première de traduction radiologique peut-être plus précoce.

- Tumeurs rares :

- = tumeur maligne à cellule géante, un cas rapporté par GYGLIEIMINI.
- = lymphosarcome : dont le cadre est mal limité avec d'autres tumeurs étiquetées :
 - sarcomes à cellules rondes,
 - sarcomes à petites cellules
 - lymphocytes.
- = plasmocytome : deux cas rapportés.
- = hémangio-endothélioblastome : un cas.
- = sarcome à cellules réticulaires : un cas.
- = Myélome : deux cas mais incertains, car il n'est pas sûr qu'il n'ait pas existé d'autres localisations.

Tumeurs articulaires et synoviales malignes :

Une récente étude (1952) des tumeurs malignes des articulations a fait l'objet d'un ouvrage de De Grailly et Henry Léger (centre anti-cancéreux de Bordeaux, Fondation Bergonié) .

Les auteurs font une revue attentive des cas publiés dans la littérature et ne relèvent pas de localisation aux aires articulaires thoraciques qui pouvoit nous intéresser : costo-vertébrales ou sterno-claviculaire.

Cependant en Février 50 EISENBERG B. et HORN ont publié un cas de sarcome synovial de la paroi thoracique masse tumorale apparue à droite en regard des jonctions costo-chondrales des 5 et 6ème côtes chez une fillette de 6 ans. La masse biopsiée montre un aspect de malignité. Une exérèse de la tumeur paraissant macroscopiquement encapsulée est pratiquée. Un an plus tard récurrence locale, exérèse étendue aux tissus mous.

6 mois plus tard, nouvelle récurrence, l'exérèse intéresse alors les cartilages 5-6-7 .

Un an plus tard nouvelle récurrence, une nouvelle exérèse est pratiquée.

Les auteurs ne font pas mention de l'évolution ultérieure.

Les divers prélèvements histologiques pratiqués ont toujours montré :

- d'une part des plages de tissu à cellules fusiformes,
- d'autre part éléments caractéristiques des plages de tissu réalisant des amas de sinus anastomosés limités par un revêtement de cellules d'aspect épithélial, image indiscutable de synovialome malin.

A quelle origine anatomique rapporter ce processus ? On peut admettre la dégénérescence d'un revêtement d'une bourse synoviale, cependant on sait combien sont rarement rencontrés les sarcomes synoviaux développés au niveau de revêtements synoviaux, tendineux, articulaires ou des bourses séreuses.

- Rhabdomyosarcomes :

Il convient de leur faire une place à part car ils ont été négligés par les auteurs qui ont étudié les processus tumoraux de la paroi thoracique .

Deux études celle de STOUT et celle de JONSSON permettent de donner une approximation des localisations thoraciques de ce type de tumeur. Un cas sur 70 à 100 apparaît une appréciation acceptable. Il est difficile de préciser plus car les auteurs ne détaillent pas leurs observations et les classent en cas du tronc, du dos, et de l'épaule, définitions anatomiques insuffisamment précises.

- = Cliniquement, pas de caractères très marqués, ils apparaissent à tout âge, présentent un développement de rapidité très variable.
- = l'étude histologique doit en être particulièrement attentive à la recherche de la double striation cellulaire due aux myofibrilles et à la striation transversale.

Cependant les auteurs admettent que même si on ne peut trouver d'éléments de la striation, les caractères cytologiques permettent de faire le diagnostic.

cellule ronde ou en raquette,
à cytoplasme acidophile, vacuolaire.

JONSSON cependant admet pour ces tumeurs, la possibilité de prendre l'aspect et la fonction d'éléments fibroblastiques.

Les tumeurs malignes primitives du sternum :

Elles ont fait l'objet de publication, d'observations isolées, dont l'intérêt était surtout centré sur les problèmes posés par les méthodes de réparation après résections sternales. La gêne respiratoire entraînée par une respiration paradoxale étant au premier plan des préoccupations des auteurs.

En 1927, HEUER rassemble 205 tumeurs du cadre osseux thoracique et note que 15% intéressent le sternum.

SOMMER et MAJOR reprennent les cas publiés jusqu'en 1940 dans leur étude des néoplasmes de la paroi thoracique osseuse.

DORNER and MARCY par contre les excluent et se limitent aux côtes.

En 1947 KINSELLA et KOUCKY à l'occasion de la publication d'une tumeur bénigne à cellule géante et d'un myélome relèvent 52 cas publiés de tumeurs primitives malignes.

Ils admettent de plus que celles-ci seraient moins fréquentes que les tumeurs métastatiques.

En 1951 O'NEAL et ACKERMAN relèvent 7 cas de tumeurs malignes primitives cartilagineuses avec 5 chondrosarcomes, un ostéosarcome, un onchondrôme peut-être malin.

DALEPINE ne rapporte pas de cas de tumeur sternale.

Il existe une très légère prédominance pour le sexe masculin.

Une tumeur maligne primitive cartilagineuse du sternum pour 6 costales.

La localisation au niveau des différentes pièces anatomiques montre :

- : une égale répartition pour le manubrium et pour le corps avec peut-être une légère prédominance pour le manubrium.
- : l'atteinte totale sternale dans deux cas,
- : un cas de tumeur de l'appendice xyphoïde.

L'étude histologique montre des aspects en types et en fréquences analogues à ceux que nous avons notés pour les côtes avec la prédominance des sarcomes des divers types.

Cependant nous retrouvons ici les difficultés et les incertitudes des définitions histologiques. Ainsi, BIRGOND et SWENSON comptent 29 sarcomes ostéogéniques pour 12 chondrosarcomes, par contre O'NEAL et ACKERMAN n'ont pas rencontré de cas de sarcome ostéogénique des côtes et du sternum et accusent les cas décrits sous ce nom d'être en fait des chondrosarcomes.

Le problème majeur que posent les tumeurs sternales est celui de la fermeture pariétale. Les techniques sont nombreuses, qui ont été proposées.

L'inclusion des prothèses métalliques plaque ou gaze de tantale semble assez fréquemment mal tolérée celles en acrylique n'ont fait jusqu'à présent l'objet que de très rares et récentes publications.

CONDUITE THERAPEUTIQUE

Dans son aspect général une symptomatologie de tumeur pariétale thoracique reconnue ou même seulement suspectée doit faire l'objet d'un acte thérapeutique immédiat.

Nous entendons par là qu'en aucun cas le médecin ne devrait avoir à laisser le malade juge de la nécessité immédiate ou retardée de l'acte.

Quelques douleurs encore très supportables et facilement soulagées, une tuméfaction minime et encore esthétiquement acceptables ne sont pas des éléments qui le portent à suivre sans le différer l'avis médical qui comporte presque toujours l'acte opératoire.

Hormis en effet la tumeur d'EWING, le lymphosarcome, la maladie de Hodgkin tous les autres types histologiques relèvent d'une exérèse.

Exérèse qui même large présente des suites fonctionnelles régulièrement simples qui ne doivent donc pas entraîner d'hésitation et donner le pas à une thérapeutique non mutilante vouée à l'échec.

Quel peut-être l'intérêt de la radiothérapie pré-opératoire ? Il est impossible de conclure sur le petit nombre de cas rapportés, disparates et souvent incomplets. Si nous essayons de trouver des raisons à un choix dans d'autres chapitres de pathologie tumorale nous trouvons des avis partagés quoique dans l'ensemble assez peu favorables.

Par contre la radiothérapie post-opératoire semble à juste raison réunir un plus grand nombre de suffrages. Il est certain en tout cas qu'après l'acte opératoire c'est un geste assez facilement accepté par le malade.

Les résultats enfin :

Dans leur ensemble mauvais sinon désastreux mais combien d'exercices ont pu être faites alors que le processus était encore limité et n'intéressait par exemple qu'une côte ou un espace intercostal sur un segment limité ? Pratiquement aucune, comment alors s'étonner et ne pas insister sur la nécessité d'une attention en éveil à l'affut d'un diagnostic précoce .

CONCLUSIONS

Nous avons présenté dans ce travail la totalité des cas de tumeurs malignes de la paroi thoracique rencontrées au cours de quelques années de pratique chirurgicale orientée, nous devons le souligner, vers la pneumologie et la chirurgie thoracique.

Cette orientation a nécessairement écarté de ce recensement, d'une part certaines formes de tumeurs primitives : chondrômes et tumeurs d'Ewing par exemple, qui restent plus volontiers du ressort de la chirurgie générale ou des centres de radiothérapie, d'autre part un nombre élevé de greffes métastatiques qui sont habituellement traitées en pratique hospitalière dans les services qui ont assumé le traitement de la lésion initiale.

C'est dire que nous ne prétendons pas présenter sous leur aspect statistique les différents types histologiques de tumeurs pariétales, ni déterminer les fréquences respectives des tumeurs pariétales primitives et secondaires.

Nous devons aussi signaler que nous présentons tous les cas rencontrés, à la seule exception de ceux dont l'aspect clinique assurait à peu près absolument la bénignité.

Ce regroupement complet explique le caractère assez disparate de cette série qui cependant compte tenu des remarques que nous avons déjà faites concernant le recrutement - permet d'insister sur certains aspects :

tel celui d'une tumeur apparemment primitive que le diagnostic histologique fait juger secondaire sans que puisse toutefois être retrouvée son origine.

De même aussi la fréquence avec laquelle paraissent se rencontrer les tumeurs malignes primitives puisque sur ces cas les tumeurs étaient primitives.

Nos conclusions s'arrêteront à deux aspects des faits :

D'une part un aspect général :

se rapportant à l'existence d'un chapitre de pathologie générale : les tumeurs malignes primitives de la cage thoracique ; soit le système osseux et musculaire costo-sternal, à l'exclusion de l'axe vertébral et de la couverture cutanée.

Il paraît légitime de bien individualiser les tumeurs pariétales primitives malignes de l'ensemble des tumeurs pariétales car elles y tiennent une part importante, que les difficultés et les imprécisions fréquentes du diagnostic histologique ne mettent pas clairement en évidence. Il convient d'apporter à ce chapitre de pathologie une assise statistique solide en publiant et en groupant régulièrement un plus grand nombre d'observations dont la rédaction aura été plus complète en éléments descriptifs et évolutifs ainsi que spécialement insistante sur les éléments histologiques.

D'autre part, des aspects particuliers qui peuvent être dégagés de l'étude des 11 cas de tumeurs pariétales primitives malignes.

Ce sont :

- l'obligation pour l'acte opératoire d'une large offraction pariétale intéressant :
 - : fréquemment et au moindre doute, le revêtement cutané.
 - : par principe la plèvre,
 - : parfois le poumon si l'adhérence pleurale paraît moins suspecte.
- la gravité du pronostic. Notre courte série comporte une mortalité secondaire proche de 100%.
- L'évolution fatale, rapide dans un délai de 2 ou 3 ans au plus.
- Les erreurs habituelles du diagnostic initial devant la symptomatologie douloureuse.

Sur quels éléments pourraient se fonder des essais d'amélioration de ce pronostic ?

- Diagnostic assuré le plus précocement possible,

- Réalisation de l'hémorèse la plus large et la plus complète.
- Essai de la radiothérapie dans le cas où son activité est reconnue ; son essai aussi dans les cas où elle ne sera sans doute qu'un leurre.
- la chimiothérapie . Nous n'avons pas d'essais de caryolytiques à présenter, or on sait leur intérêt et leurs limites dans le traitement de la maladie de Hodgkin et les lymphosarcomes.

Par contre un de nos cas a bénéficié de traitement par l'actinomycine. Le trop court recul que nous avons ne nous permet pas de juger d'une activité sur l'évolution générale.

Son intérêt a cependant été -dans ce cas de diagnostic tardif - de réduire de façon manifeste l'évolutivité immédiate du processus et de décider à l'acte chirurgical.

Il y a déjà dans ces essais de chimiothérapie et dans les formes nouvelles de la radiothérapie, au moins, des compléments précieux de l'acte opératoire. Peut-être y trouvera-t-on plus encore.

-- --
Vu : Le Président de Thèse

H. MONDOR

Vu : Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris

L. BINET

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

B I B L I O G R A P H I E

- ASH J.E. : The chest Tumor Registry ,
J. Thor. Surg. 16., 11-15, Fèv. 1947.
- BAUMANN J. : Chondromes du sternum (le problème de réparation après résection du sternum) . Poumon,
juin 1951, 7 , n°6, 354-362, 4 fig. (bibliogr).
- BISCARD J. & SWENSON S. : Les tumeurs du sternum : relation d'un cas nécessitant une technique opératoire spéciale. Arch. Surg. mai 1948, 56; n°5, 570-578, 5 fig.
- BLADES B. & S. PAUL J. : Les tumeurs de la paroi thoracique
Ann. Surg. Juin 1950, 131, n°6, 976-984, 3 fig. (bibliogr).
- BUDD et BRESLIN : Sarcome carcino-ostéogène. Une tumeur maligne mixte de la paroi thoracique.
Amer. Journ. Cancer. Octobre 1937 n°2 p.207-211
- CAMPBELL D. : La résection du sternum pour cancer métastatique
Ann. Surg. Mars 1949, 129, n°3, 394-398, 4 fig. (bibliog.)
- CARROZZINI V. : Neurinome de la paroi thoracique (considérations histo-pathologiques et clinico-radiologiques). Minerva chir., 15 janv. 1953, 2 , n°1 4-7, 5 fig. (bibliog.)
- DAVIS H., TOLIMAN J. & BRUSH J. : Chondrosarcome géant de côte. Surgery oct. 1949, 26, n°4, 699-704, 5 fig. (bibliog.)
- DELEPINE P. : Les tumeurs primitives costales malignes. Thèse Paris 1953, n°108, 61 pages.
- DORNER R. & MARCY D. : Les tumeurs primaires des côtes : relation de cas . J. Thor. Surg. Oct. 1948 , 17 n°5, 690-704, 7 fig. (bibliog.)
- EISENBERG R.H. et HORN R.C. : Sarcome synovial de la paroi thoracique. Ann. of Surg. fèv. 1950 , 131, n°2 281-286, 4 fig. (bibliog.)

- HEUENOR O.P. : Reconstruction des brèches de la paroi thoracique à l'aide de gaze de Tantale. J. of. Thor. Surg. Vol. 21; n°2, février 1951.
- ESPITALIE J. : Thèse Toulouse 1951. Du cancer primitif de la plèvre.
- FRANZ J. : L'opération des tumeurs du sternum. Zbl. Chir. 1953 78, n°37, 1546-1553, 4 fig. (bibliog.)
- GALARCE J.A. : Leiomyosarcome of wall, Revista de Ass. Med. Argentina. 5 - 1948, pp. 258-260.
- GASSER N. et THURNHER B. : Syndrome de Pancoast dans une tumeur de la paroi thoracique. Wien. Klin. Wschr. 12 sept. 1947, 59, n°36, 596-597. 1 fig. (bibliog.)
- GOLDMAN R. : Tumeurs de la paroi thoracique sous claviculaire dans la maladie de Hodgkin. California M., Janv. 1952, 76, n°1, 38-39.
- GRISWOLD R.A. : Osteochondrosarcome du sternum. Emploi d'une plaque de Tantale comme matériel de prothèse. Arch. Surg. Dec. 1947. 55, n°6, 681-688, 7 fig.
- GUERIN P., GUERIN M. et TAILHEFER A. : Leiomyosarcome de la paroi thoraco-abdominale. Bull. Ass. Franç. Et. Cancer. 1943, n°1, 31, 47-54. 5 fig. (bibliog.)
- GULIELMINI G. & PIBONTE L. : Sarcomes primitifs des côtes. Minerva Med. 26 mai 1951, 1, n°28, 987-989. 2 fig.
- HOEPEBERG L.A. : Les tumeurs primaires des côtes. Arch. Surg. 1953. 67, n°4; 566-594. 9 fig. (bibliog.)
- Robert M. JAMES : Tumeurs de la cage thoracique. Am. J. Surg. Octobre 1941, 54, n°1, 127-138, 8 fig.
- Robert M. JAMES : Tumeurs primitives des côtes. J. Thor. Surg. 9, 145-163, 1959.
- KENT E.M. et ASHBURN F.S. : Sarcome d'Ewing sur une côte. Am. J. Surg. Juin 1948, 75, n°6, 845-848. 5 fig. (bibliog.)
- KINSELLA T.F. : Relation de 2 cas de tumeurs inhabituelles du sternum. J. Thorac. Surg. Dec. 1947, 16, n°6, 640-667. 14 fig. (bibliog.)
- LECHAPELE A.P. et coll. : Sur un cas de cancer pulmonaire de l'apex avec syndrome de Pancoast et Tobias. Bull. de l'Ass. Franç. pour l'ét. du cancer. 43. 39. n°3, 1952, 277-289. (bibliog.)

- LE BIHAN & BOISOT : Histoire d'un sarcome costal opéré.
J. Radiol. Electrol. 1950, 31, n°11/12,
672-673. 1 fig.
- IEDRU et COLIN : Considérations anatomo-cliniques sur un
cas de tumeur maligne de la paroi thoracique
avec absence complète de la 4ème côte droite.
Lyon. Med. 22 mars. 1953, 188, n°12, 237-240.
(bibliog.)
- MAKSIW G., FENETORNE J.C., ALIEBACH H.J. : Neurofibromatose
avec tumeur maligne thoracique chez un enfant
Ar. J. Dis. Child. Fèv. 1939, 57, n°2, 381,
390. 5 fig.
- MARX MANUS J.F., Mc CONVECK R.O. et FECHER M.P. : Problèmes
du traitement des tumeurs de la paroi thora-
cique antérieure. Surgery, août 1953, 34
n°2, 245-253, 7 fig. (bibliog.)
- MARIE J. Ch. : Ostéochondrome costal : diagnostic par pneu-
mothorax explorateur et pleuroscopie. J.
franc. Med. chir. thor. 1949, 3, n°1, 96-98.
2 fig. (bibliog.)
- MATHEY J., BLONDEAU M., et LEHMANN A : Ostéochondrome costal
chez un enfant atteint de maladie ostéogénique.
Presse med. dec. 1947, n°74, 872-873, 9 fig.
(bibliog.)
- Clément MATHEY : Thèse Paris 1907, 1908, n°441; Contribution
à l'étude des tumeurs malignes-primitives du
squelette thoracique. Côtes et sternum.
- MELNOTTE et coll. : Cancer primitif de la plèvre. Bull. Med.
Soc. Med. Hop. Paris. 1948. 1072-1073
- OBERTHUR A. : Encyclopédie médico-chirurgicale Tumeurs de la
paroi thoracique
- O'NEAL L.W. et ACKERMAN L.V. : Les tumeurs cartilagineuses
des côtes et du sternum. J. Thor. Surg. Janv.
1951, 21, n°1, 71-107, 13 fig. (bibliog.)
- POLLAK A : Angiosarcome du sternum. Am. J. Surg. avril 1949,
77, n°4, 522-527, 9 fig. (bibliog.)
- PRICOLO V. : Tumeurs du sternum. Tunisie janv.fèv. 1951,
25, n°1, 1-19.
- RAYNAUD H.A. : Problèmes techniques causés par l'exérèse large
des tumeurs du squelette thoracique. Thèse
Paris 30 oct. 1944, n°396, 50 pages.

- ROBERTS J.E.H. : Hémangio-endothéliome de la paroi thoracique
Proc. Roy. Soc. Med. 12 nov. 1943, 37, 159.
- SANTY P., DARGENT M., & MARION P. : Résection subtotale du
sternum pour chondrome . Lyon chir. Nov. Dec. 46,
41, n°6, 735-738, 1 fig.
- SCHRAUFF G. : Un cas d'hémangioépithéliome du sternum. Beitr.
Klin. Chir. 1950, 180, n°2, 225-227 (bibliog.)
- SCHLUMBERGER : Fibroses dysplasia of single bones . Mil.
Surgeon 99- 1946.
- George N.J. SOMMER, Robert C. MAJOR : Néoplasmes de la paroi
thoracique osseuse . Ann. Surg. Janv. 1942, 115
n°1, 51-83, 13 fig. (bibliog.)
- SPEED : Tumeurs de la paroi thoracique. Ann. Surg. Oct. 36,
n°4, p. 230-544.
- STOUT A.P. : Rhabdomyosarcome des muscles du squelette. Ann.
Surg. Mars 1946, 447-472, 13 fig. (bibliog.)
- Del VALLE : Fibrosarcoma of anterior wall. Bol. y trab.
Acad. Argent. Cir. 20 août. 1952, 36, 441-442.
- VIREYBERG L. et POPPE E. : Tumeurs de la moelle osseuse
sternale. Lancet, 30 mars 1940, n°6, 283,
593-595.
- WATSON W.L. and DIAMOND H.D. : Surgical thoracic tumors in
navy personnel. J. Thoracic surg. 16, 1611,
Feb. 1947.
- WATSON W.L. and DIAMOND H.D. : Fascia lata grafts for Chest
Wall Defects. J. Thor. Surg. 10, 399-406, 1947.
- WILD et REID : Etudes échographiques ultérieures sur la struc-
ture histologique des tumeurs du thorax humain.
Am. J. Path. Sept. oct. 1952, 28, n°5, 839.
- ZUSCHNEID K. : Hyperhémie unilatérale de la face . Problème
de l'innervation végétative de la peau, diagnos-
tic et chirurgie des tumeurs intra-thoraciques
Artzl. Wehnschr. 7, 61-65, 18 janvier 1952.

— — — — —

— 〇 —

